

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

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

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2563 Volume 14 No.3 September - December 2020



พฤษพร เกียรติเกริกไกร อธิพร ศรีนิล รัตนา นุชเนตร
กมลชนก ลิขจ้อย นันทิกันต์ แร่เพชร

อลิษา แสงพุ่ม สุวพิชชา เรื่องสงคราม ภูริชญา อินทร์เนตร ปทุมรัตน์ เอี่ยมแย้ม

กุลิสรา ขุนพินิจ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ปิยะวรรณ โภคพลารักษ์

ชาติชาย สุภักดิ์แดน ยะวรัตน์ มัชฌิม เบญญพร บรรณสาร

อริยณัฐ ภาพท้าว จักรกฤษณ์ พลราชม

พนารัตน์ วิเทศพนมิต อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล

สมพร พงษ์ทวีศักดิ์ ยุพวรรณ ทองตะนุณาม สุนดา ยวดง

นิรุวรรณ เทิร์นโบล วิลาวัณย์ ซาดา วิภา ชุปวา เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ
สุทิน ชนะบุญ เบญจพล แสงใส สุภาพร ชัยชาญวัฒนา นงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม สุหทัย โตสังวาลย์ วชิรี แสงสาย

จิตรา สุขเจริญ พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ จิตภา เรือนใจมัน วีนะ อนุตรกุล

อังคนันท์ เทพอำนวย ดวงเนตร ธรรมกุล

วิไลพร ขาววงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ ทานตะวัน แยมบุญเรือง ญาณิศา เกื้อเจริญ

Diep Thi Tieu Mai Tiraporn Junda Bualuang Sumdaengrit

ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ พรทิพย์ สาริโส



ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

แนวโน้มความต้องการหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศก
หลังการสูญเสียของครอบครัว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ
ปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัยทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน
และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติ ต่อการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติ
วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

การประเมินโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
ประถมศึกษาสกลนคร เขต 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

Symptom experiences and quality of life of Vietnamese patients with advanced cancer

การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต
: การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคิวแมน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2563

ผศ.ดร.กุสุมา ศรียากุล
ดร.จันทร์รัตน์ วงศ์อารีย์รัตน์
ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
ดร.จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์
ดร.นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี
ดร.ปรศนี สมิธ
ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร
นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ

ดร.พิชญ์สินี มงคลศิริ
ดร.พิมพ์มล วงศ์ไชยา
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์
รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ดร.วิภาศิริ นราพงษ์
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบร์แมนน์
ดร.สุดคนึง ฤทธิ์ถ้าย
รศ.ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
ทพญ.ดร. อรรณณ นามมนตรี
ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 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	จัตตระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
บรรณาธิการ	ดร.มาสนีน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อาจารย์สุจิรา	ฟุ้งเฟื่อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.ลัดดา	เหลื่องรัตนมาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.สุคตเนิง	ฤทธิ์ฤทัย	วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ	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	ลีอนุชวชัย	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
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสคร โพน โบร์แมน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.กนกวรรณ	เวทศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.กมลนัทร	ม่วงยี่ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ลลาลัย	โชคศิริจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัด
	ปราจีนบุรี		
	ดร.วราณัฐ	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.วราณัฐ	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายจัดการ

กำหนดออก

ราย 4 เดือน

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอมอบของขวัญปีใหม่ พ.ศ.2564 แต่ผู้อ่านทุกท่านด้วยการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai - Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) และขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) กองบรรณาธิการทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้นิพนธ์ที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 มีบทความทั้งหมด 14 เรื่อง เป็นบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง โดยมีบทความภาษาอังกฤษจำนวน 1 เรื่อง

คณะทำงานวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี มุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดมากขึ้นเป็นลำดับ พร้อมทั้งคงไว้ซึ่งความเป็นกัลยาณมิตรทางวิชาการ ในปีใหม่นี้วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานในทุกสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่งผลงานมาเพื่อรับการพิจารณา โดยกำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (ม.ค.- เม.ย. พ.ค.- ส.ค. และ ก.ย.- ธ.ค.) หายสุดกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารนี้เสมอมา หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ journalbcnnon@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.มาสริน สุกลปักษ์

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก เกียรติกริกไกร จิตพร ศรีนิล รัตนา นุชนตร กมลชนก ลีจ้อย นทีกานต์ แร่เพชร	1	Selected factors relating stress among senior dental public health students at Sirindhorn College of Public Health Prudsaporn Kiatkoekkrai Titiporn Srinin Rattana Nuchanet Kamolchanok Leejoy Nantikan Raephet
แนวโน้มความต้องการหลักสูตรการแพทย์แผน ไทยประยุกต์บัณฑิต อลิษา แสงพุ่ม สุวพิชชา เรืองสงคราม ภุริชญา อินทร์เนตร ปทุมรัศมี เอี่ยมแย้ม	13	Trends of demand for bachelor of applied Thai Traditional Medicine program Alisa Sangphum Suwaphitcha Ruengsongkram Bhurichaya Innnets Patumrassamee Eimyam
ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย ของครอบครัว กุลิสรา ขุนพินิจ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ปิยะวรรณ โภคพลการณ	24	Association between the quality of palliative care and grief of bereaved families Kulisara Khunpinit Suchira Chaiviboontham Piyawan Pokpalagon
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อ การอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอด อักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ชาติชาย สุภีแดน เยาวรัตน์ มัชฌิม เบญญพร บรรณสาร	36	The factors associated with systemic inflammatory response syndrome in older adult patients with pneumonia visiting the emergency departments in the hospitals in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province Chartchai Supeedean Yaowarat Matchim Benyaporn Bannaasan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ดันฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยทำนายการถูกรังแกด้วยพฤติกรรมรุนแรง ในทีมงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่ง อริยฉัตร กาพหว่า จักรกฤษณ์ พลราชม	48	Predictive factors of violent behavior in the workplace among registered nurses at a tertiary level hospital Ariyachart Kalawa Chakkrit Ponrachom
ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงใน การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค ต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจ ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พนารัตน์ วิสวเทพนิมิต อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์ วีระวัฒน์สกุล	59	Effects of simulation-based learning for nursing practicum preparedness for patients with shock on students' satisfaction, self-confidence in learning, and clinical judgment of nursing students Panarut Wisawatapnimit Ubol Suttineam Smerchan Teerawatskul
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สมพร พฤษภักดิ์ศักดิ์ ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม สุมนา ยุวดยง	71	Development of care for patients with moderate to severe traumatic brain injury at Pranangklae Hospital Somporn Plucktaweesak Yupawan Thongtanunam Sumana Yuadyong
ความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติ ต่อ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นิรุวรรณ เทิร์นโบล วิลาวรรณ ชาดา วิพา ชูปวา เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ สุทิน ชนะบุญ เบญจพล แสงไสว สุภาพร ชัยชาญวัฒนา นงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล	83	The relationship of knowledge and attitude towards elderly care practice of elderly caregivers Niruwan Turnbull Wilawun Chada Wipa Chuppawa Saowaluk Seedaket Sutin Chanaboon Benchapon Sangswai Supaporn Chaichanwattana Nonglak Tangpratchayakun

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต สมจิตต์ เวียงเพิ่ม สุหทัย โตสังวาลย์ วัชรี้ แสงสาย	95	The effect of clinical teaching by using KWL with the Think Pair Share technique in a subject of Nursing Care of Persons With Mental Health Problems Practicum Somjitt Wiangperm Suhathai Tosangwarn Watcharee Sangsai
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จิตรา สุขเจริญ พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ จิตภา เรือนใจมั่น วีเน อนุทรกุล	107	Factors influencing stress and coping behavior of the nursing students undertaking the Principles and Techniques in Nursing Practicum Course at Boromarajonani College of Nursing Chon Buri Jitra Sukjaroen Patteera Wuthiphongpat Jidapha Ruanjaiman Veena Anutarakul
การประเมินโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ปัตตานี เขต 2 อังคนันท์ เทพอำนาจ ดวงเนตร ธรรมกุล	119	Healthy school assessment of educational institutions under the Primary Educational Service Area Office Pattani, Area 2 Angkanan Dhepamnuay Doungnetre Thummakul
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ ทานตะวัน แยมบุญเรือง ญาณิศา เกื้อนเจริญ	131	Correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health, and mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District Nonthaburi Province Wilaiporn Khamwong Jatuporn Hnoosawutt Tantawan Yamboonruang Yanisa Tuenjaroen

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
Symptom experiences and quality of life of Vietnamese patients with advanced cancer Diep Thi Tieu Mai Tiraporn Junda Bualuang Sumdaengrit	145	ประสบการณ์การมีอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวเวียดนามที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม Diep Thi Tieu Mai ธีราภรณ์ จันทร์ดา บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต : การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ พรทิพย์ สารีโส	157	Self-management support for slow progression in patients with pre-dialysis chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis Tadsaneewan Gantagad Porntip Sareeso

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://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>
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) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่ทำขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์การวิจัย
- 3.2 วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม
- 3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย
- 3.6 อภิปรายผล
- 3.7 สรุปและข้อเสนอแนะ (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)

3.8 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

3.9 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า References ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ ยกเว้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review, Meta-analysis)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

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

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะ นามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
2. การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” เช่น วารินทร์ กาจกำจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิง ท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา 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 ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใด ๆ คั่นให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) 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

ข. 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.

ข. 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

ชื่อผู้นิพนธ์. 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.

ฎ. 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://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index)

Research article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. 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)

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

- 1.4 Results
- 1.5 Conclusions
- 1.6 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
3. **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
4. **Discussion**
5. **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
6. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
7. **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

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. 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)

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

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews, Analysis critical review
3. **Conclusions:** summary of important results or implications
4. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
5. **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.

**ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร**

พฤษพร เกียรติเกริกไกร* จิตติพร ศรีนิล** รัตนา นุชนेत्र** กมลชนก ลีจ้อย** นทีกานต์ แร่เพชร**

บทคัดย่อ

บทนำ : งานทันตกรรมคลินิกและทันตสาธารณสุขเป็นงานที่มีความเครียดสูงและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความเครียดในการเรียนได้สูงเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 4 แห่ง จำนวน 200 คน ซึ่งตอบคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด 196 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัย ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านทันตกรรมคลินิก และแบบวัดระดับความเครียดสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย : นักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ระดับสูง และระดับปานกลาง ร้อยละ 51.53, 33.16 และ 15.31 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความเครียด พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิก พบว่า การปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุปผล : เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน โรคประจำตัว และปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบแนวทางในการจัดการเรียนการสอนด้านทันตกรรมคลินิกให้เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

คำสำคัญ : การปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก ความเครียด นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
E-mail: nooorn_13@hotmail.com

**นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Selected factors relating stress among senior dental public health students at Sirindhorn College of Public Health

Prudsaporn Kiatkroekkrai* Titiporn Srinin** Rattana Nuchanet**

Kamolchanok Leejoy** Natikan Raephet**

Abstract

Background: Clinical dentistry and dental public health are highly stressful tasks and tend to cause high levels of stress in dental public health students.

Objectives: The purpose was to explore the level of stress and verify the demographic and clinical dental factors related to stress in senior dental public health students at Sirindhorn College of Public Health (SCPH).

Methods: This research was a cross-sectional descriptive study. One hundred and ninety-six students from SCPH Chonburi, Ubon Ratchathani, Phitsanulok and Trang completed self-report questionnaires which were composed of demographical data, Dental Environment Stress questionnaires (DES) and Suan Prung Stress Test (SPST). Data were analyzed with Chi-square tests and the Pearson correlation coefficient.

Results: The prevalence of students' stress level was severe, high and moderate at 51.53%, 33.16% and 15.31%, respectively. For demographic factors, salary and chronic health problems was significantly related to stress ($p < .05$). Moreover, for dental factors, practicing factor and clinical environmental factor were also significantly related to stress ($p < .05$).

Conclusions: The results point out that salary, chronic health problems and clinic dental factors were statistically significantly associated with stress among senior dental public health students. The results of this study can provide information for SCPH and other dental schools for reducing stress-related factors in the curriculum. The findings from this study can be used to improve the dental public health education program in a way that can support students' mental health.

Keywords: dental clinic practice, stress, students at Sirindhorn College of Public Health

*Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Thailand, E-mail: noorn_13@hotmail.com

**Students in the Bachelor of Public Health Program, Department of Dental Public Health, Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรได้รับความสนใจซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของโครงการยูริพอร์ตของประเทศไทย ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 พบว่า สำหรับกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี การเรียนและการสอบเป็นสิ่งที่สร้างความกดดันทำให้รู้สึกเครียดหรือกังวลมากที่สุด โดยมากกว่าครึ่งตอบว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเคยรู้สึกหดหูเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และ 1 ใน 4 เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย¹ จากรายงานสถิติการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต 40,635 ครั้ง โดยปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล คิดเป็น ร้อยละ 44.70¹

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตทันตบุคลากร นักศึกษาในชั้นปีที่ 3 และ 4 ต้องฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก กล่าวคือเป็นการฝึกให้การรักษาทันตกรรมกับผู้ป่วยในสถานที่คลินิกทันตกรรม ภายใต้การควบคุมฝึกฝนจากอาจารย์ให้ได้ตามมาตรฐานการรักษาทั้งปริมาณและคุณภาพภายในเวลาที่กำหนดโดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะต้องฝึกปฏิบัติในงานทางทันตกรรมที่ยุงยากซับซ้อนกว่าชั้นปีที่ 3 มีปริมาณงานที่มากกว่า และใช้องค์ความรู้ทั้งด้านศาสตร์และศิลป์ รวมถึงความรับผิดชอบในการเป็นนักศึกษาชั้นปีที่อาวุโสที่สุด เพื่อเตรียมตัวสู่การเป็นทันตบุคลากร การศึกษาวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศ พบว่า นักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ชั้นคลินิกส่วนใหญ่

ประสบปัญหาหลายประการที่ก่อให้เกิดความเครียดตั้งแต่ปัญหาด้านการเงิน เรื่องส่วนตัว ครอบครัว สภาพการแข่งขันที่สูง ความกดดันจากอาจารย์ การเรียนที่หนักต้องศึกษาข้อมูลความรู้ในปริมาณมาก การสอบ ผลการเรียน การฝึกฝนทักษะทางการรักษาผู้ป่วย โดยพบว่ามีความเครียดในเรื่องของสภาพแวดล้อมในการศึกษาและเรื่องส่วนตัวมากกว่านักศึกษาในสาขาอื่น²⁻⁴ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาหรือภาวะอื่นๆ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า⁵ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁶ การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด⁷⁻⁸ ความคิดอยากฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย⁹ เป็นต้น จากการศึกษาของอดิษฐมาลากุล ณ อยุธยา¹⁰ พบว่า นักศึกษาทันตแพทย์มีความเครียดในระดับสูงจนมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ และยังส่งผลกระทบต่อ การเรียนและคุณภาพชีวิต ทำให้ความสามารถในการเรียน และทำงานมีประสิทธิภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา ชัยวิรุฬห์¹¹ พบว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะแสดง ความวิตกกังวลออกมา บางคนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการแปรปรวน โดยปวดศีรษะ ขาดสมาธิ มีความบกพร่องในการรับรู้ และการตัดสินใจ มีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานเสียไป และทำให้การปฏิบัติงาน ผิดพลาดได้ และถ้าบุคคลมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ จะทำให้ขาดความตื่นตัวในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลง

ดังนั้น งานวิจัยด้านความเครียดของ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จากตัวอย่างวิทยาลัย

การสาธารณสุขสิรินธรทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี อุบลราชธานี พิษณุโลก และตรัง ครั้งนี้ จึงถูกคาดหวังว่าน่าจะมีประโยชน์ในการเฝ้าระวังและแก้ปัญหาทั้งปัญหาความเครียดอันเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มทันตบุคลากร ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและน่าสนใจ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียด และเป็นแนวทางในการวางแผนให้แก่หน่วยงานนำไปพัฒนางานด้านการจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข อีกทั้งข้อมูลที่ได้ยังใช้เป็นแนวทางในการจัดการความเครียดของตัวนักศึกษาเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อเป็นแรงผลักดันในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ที่อยู่ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานด้านคลินิกปีการศึกษา 2562 จำนวน 317 คน จากทั้งหมด 7 วิทยาลัย โดยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาจำนวน 192 คน ที่ได้รับการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบกรณีทราบจำนวนประชากรตามวิธีของ แดเนียล (Daniel)¹² โดยกำหนดความคลาดเคลื่อน 0.05 ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตัวอย่างโดยจับครั้งละ 1 วิทยาลัย จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่าง จำนวน 200 คน ประกอบด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี อุบลราชธานี พิษณุโลก และตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของนักศึกษา เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพ สมรสของบิดามารดา เงินเดือนที่ได้รับจากผู้ปกครอง (ไม่รวมค่าที่พัก) โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนในชั้นปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิก โดยดัดแปลงมาจาก Dental Environmental Stress Questionnaire (DES)¹³⁻¹⁴ แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ 1) ส่วนของการปฏิบัติงาน โดยถามเกี่ยวกับการให้ฝึก

ปฏิบัติงานทันตกรรมในคลินิกนักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตัวอย่างของคำถามในส่วนย่อยนี้ เช่น “การทำคะแนนให้อยู่ในระดับที่พอใจในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกเป็นเรื่องยาก” และ 2) ส่วนของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่ในคลินิกนักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานทันตกรรม ตัวอย่างของแบบสอบถามส่วนย่อยนี้ เช่น “กฎระเบียบในคลินิกมีความเข้มงวด” เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ ทั้ง 2 ส่วนย่อย มีลักษณะตัวเลือกการตอบแบบเดียวกัน คือ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert scale)¹⁵ โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยว่าทำให้ท่านรู้สึกเครียดมากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) เล็กน้อย (2) และไม่เห็นด้วย (1) แบบสอบถามได้ถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาและทันตแพทย์จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้เท่ากับ .67 ขึ้นไปทุกข้อ

ผู้วิจัยได้ทดสอบใช้แบบสอบถามส่วนนี้ (Tryout) กับกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น จำนวน 35 คน โดยกลุ่มทดสอบเป็นนักศึกษาคณะคนกับตัวอย่าง แต่อยู่สังกัดภาควิชาเดียวกันกับตัวอย่าง จึงมีคุณลักษณะคล้ายกับตัวอย่าง

เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) แบบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .737 และรายข้อมีค่า .713 - .742

ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความเครียดของนักศึกษา โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (Suanprung Stress Test-20 : SPST-20)¹⁶ เป็นแบบทดสอบความเครียดที่ได้รับการยอมรับจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความรู้สึก แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ รู้สึกเครียดมากที่สุด รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดเล็กน้อย และไม่รู้สึกเครียด การแปลผลคะแนนเป็นระดับความเครียดจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น ความเครียดระดับน้อย ความเครียดระดับปานกลาง ความเครียดระดับสูง และความเครียดระดับรุนแรง¹⁶ ดังนี้

0-23 คะแนน คือ ความเครียดอยู่ในระดับน้อย
24-41 คะแนน คือ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
42-61 คะแนน คือ ความเครียดอยู่ในระดับสูง
62 คะแนนขึ้นไป คือ ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับวิทยาลัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 30/62 วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 4 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดต่อประสานงานกับตัวแทนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทั้ง 4 แห่ง จากนั้น ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กับตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการรับเอกสารและนัดหมายนักศึกษา พร้อมทั้งอธิบายคำชี้แจงในแบบสอบถาม ทำแบบสอบถามพร้อมกัน และเก็บกลับทันที จากนั้นส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยผ่านทางไปรษณีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และช่วงระดับความเชื่อมั่นที่ 95% โดยใช้สถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิก และความเครียดของนักศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (ยกเว้นเกรดเฉลี่ย

สะสม) กับความเครียดของนักศึกษา สถิติที่ใช้คือ Chi-Square Test ซึ่งในส่วนนี้จะมีการรวมระดับคะแนนจาก 4 ระดับเหลือ 2 ระดับ คือระดับความเครียดน้อยถึงสูง และระดับความเครียดรุนแรงเพื่อนำมาใช้กับสถิติ Chi-Square Test

สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเกรดเฉลี่ยสะสม ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกใน ส่วนของการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก และใน ส่วนของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก กับความเครียดของนักศึกษา สถิติที่ใช้คือ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 200 คนที่เป็นตัวอย่างจาก 4 วิทยาลัย ได้ตอบแบบสอบถามกลับมาครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 98 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.27 – 3.65 ($M = 2.95$, $SD = 0.28$) โดยนักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 51.53 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 ระดับปานกลางจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 15.31 ตามลำดับ และไม่มีนักศึกษาที่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำแนกตามระดับความเครียดและวิทยาลัย (n = 196)

วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธรจังหวัด	ระดับความเครียดของนักศึกษา (จำนวนคน (ร้อยละ))			
	รุนแรง	สูง	ปานกลาง	น้อย
ชลบุรี	20 (50.00)	14 (35.00)	6 (15.00)	0 (0.00)
อุบลราชธานี	35 (56.45)	22 (35.48)	5 (8.07)	0 (0.00)
พิษณุโลก	38 (65.51)	11 (18.97)	9 (15.52)	0 (0.00)
ตรัง	8 (22.22)	18 (50.00)	10 (27.78)	0 (0.00)
รวม	101 (51.53)	65 (33.16)	30 (15.31)	0 (0.00)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความเครียดพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน และโรคประจำตัว ได้แก่ โรคภูมิแพ้ หอบหืด ไทรอยด์ และโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับความเครียด

ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อนในชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดของนักศึกษา กับปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (n=196)

ปัจจัย		ระดับความเครียด (จำนวนคน(ร้อยละ))		χ^2	p
		น้อยถึงสูง	รุนแรง		
เพศ	ชาย	12 (50.00)	12 (50.00)	0.026	0.873
	หญิง	83 (48.26)	83 (51.74)		
สถานภาพ	อยู่ด้วยกัน	71 (48.63)	75 (51.37)	0.008	0.996
สมรสของ	แยกทางหรือหย่าร้าง	14 (48.28)	15 (51.72)		
บิดามารดา	บิดาและ/หรือมารดา	10 (47.62)	11 (52.38)	4.838	0.028*
	เสียชีวิต				
เงินที่ได้รับ	เพียงพอ	86 (51.81)	80 (48.19)	6.031	0.014*
ต่อเดือน	ไม่เพียงพอ	9 (30.00)	21 (70.00)		
โรคประจำตัว	มี	6 (25.00)	18 (75.00)	0.623	0.430
	ไม่มี	89 (51.74)	83 (48.26)		
ความสัมพันธ์	ดีมาก	41 (51.90)	38 (48.10)	0.623	0.430
กับเพื่อนใน	ดี	54 (46.15)	63 (53.85)		
ชั้นปี	ไม่ดี	0 (0.00)	0 (0.00)		

* $p < .05$

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนธรรมคลินิกกับความเครียดของนักศึกษาพบว่า ทั้งในส่วนของการปฏิบัติงานทัศนธรรมคลินิกและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทัศนธรรมคลินิกมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับ

ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ เมื่อนักศึกษามีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านทัศนธรรมคลินิก ในระดับความเห็นด้วยมากขึ้น นักศึกษาจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนธรรมคลินิกในส่วนของการปฏิบัติงานทัศนธรรมคลินิกและส่วนของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทัศนธรรมคลินิกกับความเครียดของนักศึกษา

ปัจจัยด้านทัศนธรรมคลินิก	ความเครียดของนักศึกษา	
	r	p
การปฏิบัติงาน	0.353	.001*
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	0.188	.008*

* $p < .05$

อภิปรายผล

ระดับความเครียดของนักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 51.53 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.16 และระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15.31 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสิริทรัพย์ สิริหะวงษ์ และคณะ¹⁷ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง และมีแนวโน้มไปในทางเดียวกันกับการศึกษาของอรุณี มิ่งประเสริฐ¹⁸ ซึ่งพบว่ามีผลการศึกษาในระดับปานกลาง และแตกต่างกับการศึกษาของชนิดา ชัยวิรุฬห์¹⁰ ที่พบว่า ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอยู่คนละกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษาที่แตกต่างกัน และมีรูปแบบในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจรวมไปถึงประสบการณ์ในด้านการปฏิบัติงานจึงทำให้ได้ผลการศึกษาที่ต่างกัน

เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนพบว่า เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาที่มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมีเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่จึงกล่าวได้ว่าอาจก่อให้เกิดความเครียดได้นอกจากนี้อาจเกิดเป็นเพราะการเรียนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 ที่ต้องปฏิบัติงานทัศนธรรมคลินิก มีค่าใช้จ่ายมากในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรชนี อัสวรุ่งนรินทร์ และ วันเพ็ญหวังวิวัฒน์เจริญ¹⁹ ที่พบว่า ปัญหาการเงินก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในนิสิตแพทย์ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี มิ่งประเสริฐ¹⁸ ได้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์พบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองแตกต่างกัน

มีความเครียดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีวัยที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งส่วนใหญ่ นักศึกษาจะได้รับได้มาจากบิดามารดา และผู้ปกครองเป็นหลัก และเนื่องจากนักศึกษาอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ก็จะใช้จ่ายเกี่ยวกับเรื่องการเรียนเป็นส่วนมาก จึงมีความเครียดไม่แตกต่างกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของวิลาวัลย์ วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล²⁰ ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาทันตแพทยชั้นปีที่ 4-6 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า นักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินเพียงพอหรือเหลือเก็บจะมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินไม่เพียงพอ

โรคประจำตัว พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคภูมิแพ้ หอบหืด ไทรอยด์ และโลหิตจาง ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรงมาก โดยโรคภูมิแพ้และโรคหอบหืดจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกที่มีการฟุ้งกระจายของละอองฝอย และมีไอระเหยของสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบของวัสดุทันตกรรม จึงมีอาจผลทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ¹⁷ และการศึกษาของปิยะนารถ จันทราโชติวิทย์, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์²¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ วีระอาชากุล และวิบูลย์ วีระอาชากุล²⁰ อาจเป็นเพราะตัวอย่างของ

งานวิจัยดังกล่าวเป็นนักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งคณะมีที่ตั้งอยู่ในละแวกเดียวกับโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย และมีสวัสดิการการรักษาของมหาวิทยาลัย ทำให้นักศึกษาสะดวกต่อการดูแลโรคประจำตัวมากกว่านักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี ที่ต้องเดินทางกลับไปใช้สิทธิ์การรักษาตามจังหวัดภูมิลำเนาของแต่ละคน

ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกในส่วนของการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก พบว่า ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกในส่วนของการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะในข้อคำถาม “ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย” มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเห็นด้วยว่าทำให้รู้สึกเครียดอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจนำไปสู่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในนักศึกษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alzahem et al.²² ที่ได้ศึกษาความเครียดในนักศึกษาทันตแพทย์ในรูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นไปที่สาเหตุของความเครียดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียด พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการศึกษา และปัจจัยด้านการปฏิบัติการทันตกรรมคลินิก

ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกในส่วน ของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก พบว่า ปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกในส่วน

ของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเครียด

ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกของนักศึกษามีกฎระเบียบที่เคร่งครัด และการตรวจเช็คงานของอาจารย์มีความละเอียดอาจนำไปสู่สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียด จากข้อมูล พบว่า ระดับความคิดเห็นในส่วนของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกมีผลต่อความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามที่ Lazarus, Folkman²³ ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดสามารถเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินค่าสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบตนว่ามีความรุนแรงเกินกว่าศักยภาพของตนเองที่สามารถจัดการรับมือได้หรือไม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดาชัยวิรุฬห์¹⁰ การศึกษาของ Alzahem et al.²² และการศึกษาของ Laporta²⁴ ที่ได้ศึกษาแนวโน้ม ลักษณะ และสิ่งกระตุ้นของความเครียดในการทำงานของศัลยแพทย์ช่องปาก และได้ศึกษาความเครียดในนักศึกษาทันตแพทย์ในรูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นไปที่สาเหตุของความเครียดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดตามลำดับ พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความเครียด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 51.53 ตามด้วยระดับสูง จำนวน

65 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 และระดับปานกลางจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 15.31 โดยไม่มีนักศึกษาที่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน และโรคประจำตัว และปัจจัยด้านทันตกรรมคลินิกทั้งในส่วนของการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรมีการสำรวจและคัดกรองนักศึกษาที่มีความเครียดเพื่อให้การดูแลให้คำปรึกษาดูแลตามแผนระยะยาว หรือส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

2. ควรจัดให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกและจัดเวลาให้นักศึกษาได้มีโอกาสเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรึกษาปัญหาในการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจก่อนการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถทำการศึกษาแบบติดตามกลุ่มตัวอย่างแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลาหนึ่ง (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงความเครียดในระยะยาว หรือในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

2. ควรทำการศึกษาในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 ให้ครบทั้ง 7 วิทยาลัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายเพิ่มมากยิ่งขึ้น

3. สามารถทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 4 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3

ซึ่งมีการปฏิบัติงานทันตกรรมคลินิกเช่นเดียวกัน ในปริมาณใกล้เคียงกัน แต่มีความยากง่ายของงาน และนักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน เพื่อดูความแตกต่างของระดับความเครียดระหว่างสองชั้นปี

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่าน ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย คณาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชลบุรี อุบลราชธานี พิษณุโลก และตรัง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยนี้

References

1. Social Data-based and Indicator Development Office (SDIO) Office of the National Economic and Social development Council. Thai society in the first quarter. 2019;17(2):1-44.
2. Sanders AE, Lushington K. Sources of stress for Australian dental students. J Dent Educ 1999;63(9):688-97.
3. Rajab LD, Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. J Dent Educ 2001;65(3):232-41.
4. Rubenstein LK, May TM, Sonn MB, Batts VA. Physical health and stress in entering dental students. J Dent Educ 1989;53(9): 545-7.
5. Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS, et al. Patterns of distress in US medical students. Med Teach. 2011;33(10):834-9.
6. Yusoff MS, Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical student students. Asian J Psychiar. 2013; 6(2):128-33.
7. Curran TA, Gawley E, Casey P, Gill M, Crumlish N. Depression, Suicidality and alcohol abuse among medical and business students. Ir Med J. 2009;102(8):249-52.
8. Cherkil S, Gardens SJ, Soman DK. Coping styles and its association with sources of stress in undergraduate medical students. Indian J Psychol Med. 2014;35(4):389-93.
9. Blacker CJ, Lewis CP, Swintak CC, Bostwick JM, Rackley SJ. Medical Student Suicide Rates. Acad Med. 2019; 94(2):274–80.
10. Malakul A. Anxiety and depression in dental students, Chulalongkorn University [Master's thesis] Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai).
11. Chaiwirun C. The relationships between factors driving the stress and stress of professional nurse Banphaeo Hospital (Public organization). [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2010. (in Thai).

12. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
13. Garbee JW. Sources of stress in the dental school environment. *LDA J.* 1981; 39(4):9-14.
14. Harris M, Wilson JC, Holmes S, Radford DR. Perceived stress and well-being among dental hygiene and dental therapy students. *Br Dent J.* 2017;222(2):101–6.
15. Likert S. New patterns of management. New York: McGraw Hill; 1961.
16. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. Suanprung Stress Test. *J Suanprung Psychiatr Hosp (Bulletin of Suanprung).* 1998;13(3):1-20. (in Thai).
17. Sihawong S, Foongdee N, Yanarom N, Noyrang N, Anai N, Boonchern T, et al. Factors Causing to Stress of Nursing Students, Ubon Ratchathani University. *HCU Journal of Health Science.* 2018; 21(42):93-106. (in Thai).
18. Mingprasert A. A study of Mental Health and the Stress of undergraduate Students in Faculty of Pharmacy at Rangsit University. *Journal of Social Sciences and Humanities.* 2014;40(2):211-27. (in Thai).
19. Ausavarungnirun R, Wangwiwatcharoen W. Stress of Medical Students, Srinakharinwirot University. *Vajira Medical Journal.* 1993; 37(2):113-8. (in Thai).
20. Weraarchakul W, Weraarchakul W. Factors related to stress in the 4th - 6th year dental students at the Faculty of Dentistry Khon Kaen University. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.* 2018;13(3):11-20. (in Thai).
21. Juntarachotivit P, Vivatkunupakarn V, Tuongratanaphan S. Stress in dental students, Chiang Mai University. *Chiang-Mai Dental Journal.* 1998;19:21-9. (in Thai).
22. Alzahem AM, van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. *Eur J Dent Educ.* 2011;15(1):8-18.
23. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company Inc; 1984.
24. LaPorta LD. Occupational Stress in Oral and Maxillofacial Surgeons: Tendencies, Traits, and Triggers. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.* *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010;22(4):495-502.

แนวโน้มความต้องการหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

อลิษา แสงพุ่ม* สุวพิชชา เรืองสงคราม** ภูริชญา อินทร์เนตร** ปทุมรัศมี เอี่ยมแยม**

บทคัดย่อ

บทนำ : วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีความพร้อมในด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน ด้านบุคลากรและคณาจารย์ และด้านภูมิประเทศ อีกทั้งในเขตสุขภาพที่ 6 นี้ ยังประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ศาสตร์แพทย์แผนไทยไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างทั่วถึง

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความต้องการของผู้เรียนและผู้ใช้บัณฑิตต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณานี้มีตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในเขตพื้นที่การศึกษาเขต 7 และผู้ใช้บัณฑิตในเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิเทียบสัดส่วน จำนวน 373 คน และ 136 คน ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการวิจัย : 1) นักเรียนมีความต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตจำนวน 55 คน โดยเหตุผลที่ต้องการศึกษาต่อมากที่สุดคือ สามารถนำความรู้ ไปดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ และมีความสนใจในการเรียนรู้วิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพเบื้องต้นมากที่สุด 2) ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจคือ ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ คุณธรรมจริยธรรม บุคลิกภาพ และคุณลักษณะส่วนตัว และความรู้ความสามารถในวิชาเฉพาะ อยู่ในระดับมาก

สรุปผล : นักเรียนมีความต้องการสมัครเข้าเรียนในวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยประยุกต์อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจระดับมากในด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ และความรู้ทักษะในวิชาชีพเฉพาะสาขา เว้นแต่ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษของบัณฑิตที่ต้องนำไปปรับปรุง และพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมทั้งนักศึกษาและผู้ใช้บัณฑิต

คำสำคัญ : ความต้องการ หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แนวโน้ม

*วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: alisa@acttm.ac.th

**วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก

Trends of demand for bachelor of applied Thai Traditional Medicine program

Alisa Sangphum* Suwaphitcha Ruengsongkram** Bhurichaya Innets** Patumrassamee Eimyam**

Abstract

Background: The Health Region 6 had a problem of shortage of Applied Thai traditional medical (ATTM), especially in community hospitals leading to inadequate provision of Thai traditional medicine to the community. On the other hand, Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine, Prachinburi, is ready in to provide the Thai traditional medical (ATTM) program in terms of infrastructure, educators, supportive staff, and topography.

Objective: This study assessed the needs of students and employers regarding the Bachelor of ATTM program.

Methods: A descriptive study was designed to survey the sample of 373 Grade 12 students in Secondary Educational Service Area 7 and 136 employers in the Health Region 6. The samples were randomly selected using proportional stratified random sampling. The tool used were questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The study revealed that: 1) Fifty-five students wanted to study further in the ATTM program. Most of the students gave reasons to continue this study because they could be able to apply knowledge to take care of their own health and their families' health. They were also interested in learning basic health science subjects. The results showed that the demand for study in this program was related to their interests in the work and health services. 2) The employers were satisfied with the graduates' job performance in academic knowledge, morality and ethics, personality and personal characteristics, and knowledge and ability in specific subjects at a high level.

Conclusions: Adequate number of students showed their interests in studying the ATTM at the Abhaibhubejhr College. The employers were satisfied in many aspects at the high level except the ability to use English of the graduates, which needs improvement.

Keywords: demand applied, Thai Traditional Medicine program, trends

*Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine Prachin buri, Prachin Buri, Praboromarajchanok Institute, Thailand, E-mail: alisa@acttm.ac.th

**Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine Prachin buri, Prachin Buri, Praborommarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ การนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาประยุกต์ เพื่ออธิบายหรือพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย¹ โดยการปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์แผนไทยประยุกต์ในปัจจุบันนั้น สามารถเป็นแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบอาชีพอิสระด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (เปิดคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และเมื่อศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง จะปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย และแพทย์แผนไทยในสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตหรือองค์กรอื่น

ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. 2554 กำหนดให้จัดทำมาตรฐาน เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษานำไปจัดทำหรือปรับปรุงหลักสูตรและจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตได้คุณภาพในบัณฑิตคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ปัจจุบันสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการยกฐานะสถาบันขึ้น เพื่อให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการดังกล่าว ซึ่งจำเป็นต้องมีการผลิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีคุณภาพในกระทรวงสาธารณสุข²

ทั้งนี้ ทางวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีความพร้อมในด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติงานคือ โรงพยาบาล

เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่ง ด้านบุคลากรและคณาจารย์ผู้สอนที่มีความรู้ความสามารถ ด้านภูมิประเทศที่มีป่าเขารายล้อม อุดมไปด้วยสมุนไพรมากมายหลายชนิด เหมาะแก่การศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อย่างยิ่ง³ ทั้งนี้ในสถานบริการภาครัฐ มีปัญหาการขาดแคลนแพทย์แผนไทย ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยสูงขึ้น จากการศึกษาสถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 - ตุลาคม พ.ศ. 2559 พบว่า กำลังคนในสถานบริการภาครัฐทั่วประเทศ มี แพทย์แผนไทย จำนวน 2,692 คน ซึ่งการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของระบบบริการสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2569 โดยคำนวณประชากรที่รับผิดชอบต่อแพทย์แผนไทยหนึ่งคนเท่ากับ 4,015 - 5,000 คน ส่วนการผลิตบุคลากรของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย 27 แห่ง ระหว่างปีพ.ศ. 2549 – 2558 มีการรับบุคคลเข้าศึกษา 11,034 คน อยู่ระหว่างการศึกษา 4,502 คน และสำเร็จการศึกษาแล้ว 6,532 คน ซึ่งแผนการผลิตของสถาบันการศึกษามีจำนวน 1,080 คนต่อปี และคาดว่าจะผลิตบุคลากรได้รวมทั้งสิ้น 19,080 คน เมื่อถึงปี พ.ศ. 2569 ซึ่งแพทย์แผนไทยยังขาดแคลนอยู่ระหว่าง 10,583 – 13,842 คน⁴

หากมีการรับนักศึกษา ซึ่งเป็นคนในพื้นที่เพื่อมาศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ก็จะเป็นหลักประกันเบื้องต้นได้ในระดับหนึ่งว่า เมื่อจบการศึกษาออกมาทำงานจะยังคงทำงานอยู่ในชุมชนละแวกเขตที่ตนอาศัยอยู่อย่างต่อเนื่องระยะยาว นอกจากนี้แล้ว ซึ่งตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ได้สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง พร้อมส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในปัจจุบันรัฐบาลได้มีการผลักดันประเทศไทยให้มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจตามโมเดลไทยแลนด์ 4.0 ที่รัฐบาลได้นำพาประเทศเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ตามวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” นอกจากนี้ นโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี ฯพณฯ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้สนับสนุนให้ประชาชนใช้สมุนไพร ที่ว่า “เจ็บป่วยคราใด ใช้ยาไทยก่อนไปพบแพทย์” และให้ดำเนินการตามแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย จึงต้องมีการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เช่น ด้านระบบบริการการแพทย์แผนไทย กลุ่มครองภูมิปัญญาไทย ปฏิรูปอุตสาหกรรมสมุนไพร ปฏิรูประบบการวิจัย และการจัดการองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยและยาจากสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาที่มีความสำคัญต่อสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย คือ ปฏิรูปการจัดการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและปฏิรูปการพัฒนากำลังคนสอดคล้องกับการดำเนินงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยให้ขับเคลื่อนงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสู่ภูมิภาคของประเทศในระดับเขตสุขภาพในมุมมองระดับโลก อีกทั้งประเทศไทยเองก็มีความหลากหลายทางชีวภาพ มีพืชสมุนไพรที่หลากหลาย มี

คุณประโยชน์ จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะพัฒนาและเพิ่มพูนจำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้มีคุณภาพพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ต่อไป⁵

ดังนั้นแล้ว จึงเห็นถึงแนวโน้มความจำเป็นในการจัดตั้งคณะการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพิ่มเติมในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตและนอกเขต อีกด้านหนึ่งก็จะเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่ หันมาศึกษาอนุรักษ์ และต่อยอดการแพทย์พื้นบ้านประจำชาติไทยให้ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติยิ่งขึ้นไป วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศรจึงได้เตรียมความพร้อมในการผลิตบัณฑิต โดยได้สำรวจแนวโน้มความต้องการหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต พ.ศ. 2566 ของวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้เรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 7
2. เพื่อศึกษาความต้องการผู้ใช้บัณฑิตต่อแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเขตสุขภาพที่ 6

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแนวโน้มความต้องการสำหรับนักเรียนและผู้ใช้บัณฑิต^๖ ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

2. ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 7 ได้จำนวน 373 คน และผู้ใช้บัณฑิตในเขตสุขภาพที่ 6 ได้จำนวน 136 คน ตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973)⁹

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 เลขที่รับรอง 9/62

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนและครูแนะแนวของจังหวัดที่กำหนด และนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขและฝ่ายแพทย์แผนไทยของจังหวัดที่กำหนด ทำการจัดส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการจัดเก็บข้อมูลและดำเนินการส่งแบบสอบถามไปยังโรงเรียนมัธยมศึกษาและสถานพยาบาลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดังนี้ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 7 จังหวัดปราจีนบุรี 140 ชุด จังหวัดสระแก้ว 154 ชุด และจังหวัดนครนายก 79 ชุด สำหรับผู้ใช้บัณฑิตในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดจันทบุรี 23 ชุด จังหวัดฉะเชิงเทรา 21 ชุด จังหวัดชลบุรี 19 ชุด จังหวัดตราด 9 ชุด จังหวัดปราจีนบุรี 12 ชุด

จังหวัดระยอง 12 ชุด จังหวัดสมุทรปราการ 22 ชุด และจังหวัดสระแก้ว 18 ชุด โดยได้แบบสอบถามคืนทั้งหมดทั้งนักเรียนและผู้ใช้บัณฑิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์เนื้อหา เกี่ยวกับความคิดเห็นที่เป็นข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนมากไม่แน่ใจเกี่ยวกับการศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 58.20 (n = 217) รองลงมาไม่ต้องการศึกษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 27.10 (n = 101) และต้องการศึกษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 14.70 (n = 55) และจากตารางที่ 1 พบว่านักเรียนที่ต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต ได้เลือกเหตุผลที่ต้องการคือ สามารถนำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ได้ สามารถทำงานได้หลากหลาย (คลินิก โรงพยาบาล สป่า โรงงานยา ธุรกิจส่วนตัว ฯลฯ) เป็นวิชาชีพที่มั่นคง ชอบงานด้านการบริการสุขภาพ/รักษาผู้ป่วย มีความชอบด้านการแพทย์แผนไทย, มีรายได้สูง และผู้ปกครองแนะนำให้เรียน โดยคิดเป็นร้อยละ 26.70, 20.45, 15.91, 14.77, 14.20, 6.25 และ 1.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนความถี่และค่าร้อยละของนักเรียนที่ต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต จำแนกตามเหตุผลที่สนใจศึกษาต่อในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 55)

ลำดับ	เหตุผลที่ต้องการและสนใจศึกษาต่อ	จำนวนความถี่ (f)	ร้อยละ
1	สามารถนำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	47	26.70
2	สามารถทำงานได้หลากหลาย (คลินิก โรงพยาบาล สปอ โรงงานยา ธุรกิจส่วนตัว ฯลฯ)	36	20.45
3	เป็นวิชาชีพที่มีความมั่นคง	28	15.91
4	ชอบงานด้านการบริการสุขภาพ/รักษาผู้ป่วย	26	14.77
5	มีความชอบด้านการแพทย์แผนไทย	25	14.20
6	มีรายได้สูง	11	6.25
7	ผู้ปกครองแนะนำให้เรียน	3	1.70

3. จากตารางที่ 2 พบว่านักเรียนที่ต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สนใจเรียนรัฐวิद्याศาสตร สุขภาพเบื้องต้น (กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา เภสัชวิทยา จุลชีววิทยา การตรวจร่างกาย อากาโรวิทยา ฯลฯ) มากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงค่าร้อยละของผู้ที่ต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตกับระดับความสนใจในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตด้านการเรียนการสอน (n = 55)

ความสนใจต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์	จำนวนผู้ที่ต้องการศึกษาต่อระดับความสนใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการเรียนการสอน					
1. เรียนรู้การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย	14	26	14	1	0
2. เรียนรู้โรคทางการแพทย์แผนไทยต่างๆ จากตำราแพทย์แผนไทย	13	23	18	1	0
3. เรียนรู้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย เช่น การนวด การพอกยา การประคบ การอบสมุนไพร	15	22	18	0	0
4. เรียนรู้การปรุงยาและผลิตยาสมุนไพร	16	19	16	4	0
5. เรียนรู้ศาสตร์การดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ด้วยการแพทย์แผนไทย	17	20	15	3	0
6. เรียนรู้วิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพเบื้องต้น (กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา เภสัชวิทยา จุลชีววิทยา การตรวจร่างกาย อากาโรวิทยา ฯลฯ)	23	13	17	2	0

4. จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจมากในการปฏิบัติงาน ทั้งทางด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ ด้าน

คุณธรรม จริยธรรม และด้านบุคลิกภาพและคุณลักษณะส่วนตัว มีเพียงความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษที่อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อความสามารถในการปฏิบัติงานด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ (n = 136)

ความพึงพอใจต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ	ลำดับที่
ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ				
การทำงานร่วมกับผู้อื่น	4.27	0.63	มาก	1
ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์	4.18	0.63	มาก	2
ความรู้และทักษะในวิชาชีพเฉพาะสาขา	4.18	0.60	มาก	3
ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ	3.37	0.69	ปานกลาง	4
ด้านคุณธรรม จริยธรรม				
ความซื่อสัตย์	4.43	0.57	มาก	1
ความรับผิดชอบ เอาใจใส่ต่องานในหน้าที่	4.32	0.60	มาก	2
สัมมาคารวะ	4.29	0.67	มาก	3
ความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน	4.26	0.56	มาก	4
ด้านบุคลิกภาพและคุณลักษณะส่วนตัว				
พูดจาไพเราะ อ่อนหวาน อ่อนน้อมถ่อมตน	4.26	0.60	มาก	1
ความตั้งใจทำงานที่ได้รับมอบหมาย	4.25	0.58	มาก	2
แต่งกายสุภาพ สะอาด ถูกกาลเทศะ	4.25	0.57	มาก	3
ความอดทนสูง	4.22	0.65	มาก	4

อภิปรายผล

1. ความสนใจและความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ความต้องการศึกษาต่อในตัวอย่างนักเรียนมีความไม่แน่ใจในการศึกษาต่อมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่ามีคนอื่นที่ต้องการเรียนอยู่แล้ว ไม่รู้จักคณะนี้ ไม่รู้ว่าเรียนอย่างไรบ้าง และไม่ทราบลักษณะการทำงาน (หลังจบการศึกษา) สอดคล้องกับลิต้า ลิมานและคณะ¹⁰ พบว่า ปัจจัยการเลือกเข้าศึกษาต่อคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์

วิทยาเขตปัตตานีประกอบไปด้วย 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านอนาคตของงาน ปัจจัยด้านความภาคภูมิใจ ปัจจัยด้านการเรียนการสอน และปัจจัยด้านแรงจูงใจและสุขภาพ เตโชชลาสัย¹¹ ศึกษาเรื่องความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ พบว่า คณะ หลักสูตร คณะแผนกเฉลี่ยสะสม รายได้ของนักศึกษา รายได้ที่คาดหวัง และโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความต้องการศึกษาต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนที่ต้องการ/สนใจศึกษาต่อในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้านการเรียนการสอนนั้น นักเรียนส่วนใหญ่สนใจเรียนรู้ในหมวดวิชาวิทยาศาสตร์มากกว่าวิชาทางแพทย์แผนไทย อาจเพราะว่าการประชาสัมพันธ์หรือการแนะแนวนักเรียนอาจมีความเข้าใจผิดหรือยังไม่เป็นที่รู้จักเท่าใดนัก ดังนั้นทางผู้วิจัยจะนำข้อมูลนี้ เพื่อไปปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ตามโรงเรียนต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต มีการเรียนการสอนทั้งวิทยาศาสตร์และแผนไทยควบคู่ไปด้วยกัน ไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่งเป็นสำคัญ ส่วนด้านการทำงานและการให้บริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความสนใจในทุกข้ออยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ทั้งนี้การตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการทำงานด้านแพทย์แผนไทยอย่างสมบูรณ์ รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ยังเป็นหัวใจหลักในการเข้าถึงคนไข้ของแพทย์แผนไทยอีกด้วย

2. ความพึงพอใจต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิต

ผู้ใช้บัณฑิตมีระดับความพึงพอใจต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงจากมากไปน้อย พบว่า ด้านคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุด รองลงมาด้านบุคลิกภาพและคุณลักษณะส่วนตัว และด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ ตามลำดับ สอดคล้องกับรัชดาภรณ์ ตันทิกุล⁸ พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจในด้านคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี และด้านทักษะการจัดการเรียนรู้ ตามลำดับ และสุภาพร และคณะ¹² พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่มคาดหวังต่อคุณลักษณะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพมากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ใช้บัณฑิตยังให้ความสำคัญกับทักษะและความสามารถด้านต่างๆ ในงานสาธารณสุขที่พึงมีในฐานะของนักวิชาการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การคุ้มครองผู้บริโภค และการฟื้นฟูสภาพ ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาด้านความสนใจในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต ในผู้เรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 7 พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.00 ยังไม่แน่ใจในการศึกษาต่อหลักสูตร เนื่องจากไม่รู้จักหลักสูตรนี้ ไม่รู้ว่าเรียนอย่างไรบ้าง และไม่ทราบลักษณะการทำงาน (หลังจบการศึกษา) การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ความเข้าใจกับนักเรียน อาจส่งผลให้มีความต้องการเรียนในหลักสูตรนี้มากขึ้น และด้วยในพื้นที่เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 7 และเขตสุขภาพที่ 6 นั้น ยังไม่มีสถาบันการศึกษาเฉพาะทางที่มีการเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต ก็อาจประเมินได้ว่าสามารถที่จะเปิดหลักสูตรเพื่อรองรับผู้ที่สนใจกลุ่มนี้ได้

ในด้านการศึกษาความต้องการใช้แพทย์แผนไทยประยุกต์ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า มี

ความต้องการใช้แพทย์แผนไทยในเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก และมีความต้องการบัณฑิตที่จบแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สามารถทำงานกับผู้อื่นได้ มีความซื่อสัตย์ อ่อนน้อมถ่อมตน มีความสามารถด้านวิชาชีพในทุกด้าน โดยเฉพาะหัตถเวช แต่ด้านความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ ไม่ค่อยเป็นที่พึงพอใจสำหรับผู้ใช้บัณฑิต ฉะนั้น จึงควรนำไปปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับนักศึกษาและผู้ใช้บัณฑิตให้พึงพอใจในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดหลักสูตร

ผู้ใช้บัณฑิตได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ในหลักสูตรควรเพิ่มชั่วโมงการฝึกปฏิบัติให้กับนักศึกษา เน้นลงชุมชน ได้เจอกับผู้ป่วยจริงให้มากขึ้น และเน้นฝึกการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เมื่อปฏิบัติงานจริง บัณฑิตจะได้มีความคุ้นชินกับคนไข้ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการพูดคุยที่มีความเข้าใจตรงกัน ในส่วนของเนื้อหาวิชาการ ควรเน้นเนื้อหาทฤษฎีด้านการแพทย์แผนไทยให้แม่นยำ นำไปใช้ได้จริงกับคนไข้ สามารถตรวจวินิจฉัยแผนไทย รักษาทางแผนไทย (ไม่ใช่แค่การทำหัตถการ) จ่ายยาตามเฉพาะราย และการประยุกต์ใช้สมุนไพรพื้นบ้านในเขตชุมชนนั้น ๆ ให้เกิดประโยชน์ทั้งนี้การทำงาน ทั้งในระบบราชการและระบบเอกชน การบริหารจัดการแต่ละที่จะมีความแตกต่างกันไป ทั้งเรื่องการจัดปฏิบัติงาน งานเอกสารต่าง ๆ ดังนั้นในหลักสูตรควรมีการเรียนการสอนงานบริหารในระบบต่าง ๆ ด้วย และการปฏิบัติงานที่หลากหลายนี้จึงควรพัฒนาภาษาอังกฤษและภาษาเพื่อนบ้านควบคู่กันไปเพื่อการสื่อสารกับคนไข้ที่ดีขึ้น ในส่วนของการ

ทำวิจัยและนวัตกรรมก็มีความสำคัญเช่นกัน เมื่อมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหลักสูตรจึงควรปลูกฝังให้บัณฑิตมีความคิดสร้างสรรค์ในการทำวิจัยและนวัตกรรมทางแผนไทย เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบัณฑิต

ผู้ใช้บัณฑิตได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบัณฑิตว่า อยากให้บัณฑิตมีประสิทธิภาพในการรักษาคนไข้ โดยประยุกต์ใช้แผนไทยทั้ง 4 ด้าน (เวชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์) อย่างครบถ้วน ไม่ใช่เน้นด้านใดด้านเดียว อีกทั้งบัณฑิตไม่เต็มใจในการทำหัตถการให้คนไข้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้อาจยังมีทัศนคติที่ไม่ดีกับวิชาชีพตัวเอง (หมอนวด) และเมื่อเทียบค่าตอบแทนการจ้างกับหลักสูตรในสาขาสุขภาพอื่นๆ นั้น มีความน่าสนใจและดึงดูดมากกว่า จึงควรปลูกฝังให้บัณฑิตมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนเชื่อมั่นในการรักษาคนไข้ และค้นหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาศักยภาพของตัวเองเกี่ยวกับวิชาชีพอยู่เสมอ บัณฑิตที่จบใหม่มักขาดประสบการณ์ในการทำงาน จึงควรให้นักศึกษาฝึกงานในที่ที่หลากหลาย ทั้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเอกชน ซึ่งมีความแตกต่างกันในการปฏิบัติงานและระบบบริหารจัดการ เช่น การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเน้นการลงชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนในเชิงรุก การสื่อสารกับสหวิชาชีพให้เข้าใจ และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ซึ่งความหลากหลายนี้จะส่งผลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานของบัณฑิต

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิต

ผู้ใช้บัณฑิตได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตว่า บัณฑิตควรมีใจรักในงานบริการและกระตือรือร้นในการทำงานยึดหลักจรรยาบรรณของวิชาชีพตัวเอง ฟังหมั่นศึกษาหาความรู้ ความก้าวหน้าทางวิชาการต่างๆ และกล้าแสดงออก เพื่อรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิดในการประกอบวิชาชีพ มีความรับผิดชอบในงานของตนที่ได้รับมอบหมาย รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข ใส่ใจบุคลิกภาพ การแต่งกาย ทรงผม เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับแพทย์แผนไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. History and symbols [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 5]; Available from: https://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=108&lang=th. (in Thai).
2. Office of the Higher Education Commission. Thai qualifications framework for higher education [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 5]; Available from: <http://www.mua.go.th>. (in Thai).
3. Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine Prachinburi. About College [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 13]; Available from: <http://www.acttm.ac.th/about>. (in Thai).
4. Chantraket R, Stienrut P, Laohapan T, Sornrung W, Jansorn S. Thai Public Health System and Workforce Planning for Thai Traditional Medicine in the Year 2026 Journal of Health Systems Research. 2018;12(2):254-66. (in Thai).
5. Petragurd P, Tavirat R, Jankitiwat W. National Strategy: Thai Traditional Medicine, Folk Medicine and Alternative Medicine. In: Chokviwat V, Wibulpholpasert S, Petragurd P, editors. Thailand Health Profile in Thai Traditional Medicine, Folk Medicine and Alternative Medicine. 1st ed. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2010. (in Thai).
6. Joojinda J, Pootrakul K, Chokthaninkul N. Motivations of grade 12 and level 3 vocational students in Nontaburi province to pursue college education. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2015;9(2):66-77. (in Thai).
7. Chongsathityu C. Educational needs: educational opportunity. Thailand Education Journal. 1982;16(2):11-7. (in Thai).
8. Tantikul R. A Study Of Employers' Satisfaction Of Education Graduates In Phranakhon Si Ayutthaya Rajabat University. VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science. 2016;11(2): 237-45. (in Thai).

9. Si Sa-at B. Preliminary research. 7th ed. Bangkok: Suwiryasarn; 2002. (in Thai)
10. Liman L, Panoh P, Jeway A, Lateh A. Factors influencing decision-making to study at the Faculty of education, Prince of Songkla University Pattani campus. Journal of Education Prince of Songkla University. 2013;24(2):104-18. (in Thai).
11. Techochalalai S. Demand for studying in master of business administration at Rajamangala University of Technology Krungthep a case study of the fourth year students of Rajamangala University of Technology Krungthep. [Thesis]. Bangkok: Rajamangala University of Technology Krungthep; 2013. (in Thai).
12. Cheunchujit S, Duangkam D, Namvicha K, Haisirikul M, Boonmee S. Satisfied characteristics according to the expectations of graduate employers on the graduates program in community health, Buriram Rajabhat University. Nursing Public Health and Education Journal. 2016;17(1):80-94. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

กุลิสรา ขุนพินิจ* สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** ปิยะวรรณ โมคพลากรณ์***

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในระยะท้ายของการเจ็บป่วย โดยช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งติดตามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงบรรยายนี้ ศึกษาครอบครัวผู้สูญเสียจำนวน 110 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการดูแล โดยใช้ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE 2) และแบบประเมินภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189, p < .05$) และยังพบว่าด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201, p < .05$ และ $r = -.198, p < .05$)

สรุปผล : ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงวางแผนการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบายและการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียต่อไป

คำสำคัญ : ครอบครัวผู้สูญเสีย ภาวะเศร้าโศก คุณภาพการดูแล การดูแลแบบประคับประคอง

*นักศึกษาลัทธิสุตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Association between the quality of palliative care and grief of bereaved families

Kulisara Khunpinit* Suchira Chaiviboontham** Piyawan Pokpalagon***

Abstract

Background: Grief of bereaved family members has become an important aspect in the quality of palliative care; particularly, during terminal illness. The relief of suffering, both in the patients and their family members, until the patient dies, is of importance. This includes the continuity of care for the bereaved family which would result in enabling them to appropriately deal with their loss and cope with their grief.

Objective: This study aimed to find out the association between the quality of the palliative care and grief of bereaved families.

Methods: This descriptive study used 110 bereaved families who received palliative care before the death of the patient. The data was collected at a university and a tertiary hospital. The instruments consisted of a demographic characteristic questionnaire, FAMCARE-2 scale, and Inventory of Complicated Grief (ICG). The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation.

Results: The results revealed that the overall quality of the palliative care had a statistically significant negative correlation with the grief. ($r = -0.189$, $p < 0.05$). The study also showed the domain of the management of the physical symptoms and comfort and the domain of family support had a statistically significant negative correlation with grief. ($r = -0.201$, $p < 0.05$ and $r = -0.198$, $p < 0.05$).

Conclusions: The results of this study provide basic information which can be used for management of grief for patients and their families. In addition, this can be utilized to help developing a multidisciplinary care plan, particularly in the management of physical symptoms, comfort, and family support, leading to an improvement in the quality of palliative care.

Keywords: bereaved family, grief, quality of care, palliative care

*Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University;
E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University.

บทนำ

รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับระดับของสถานบริการ สภาพของชุมชน สังคมและวัฒนธรรม สถานบริการแต่ละรูปแบบล้วนมีบทบาท เอกลักษณ์ คุณค่า ข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป โดยให้มีการเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมทั้งสหวิชาชีพคอยให้การดูแลและสนับสนุนให้กำลังใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว¹ กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะส่งผลให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งทีมบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวโดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมตลอดระยะการดำเนินของโรคและการดูแลครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต² การศึกษาที่ผ่านมาของมียาจิมาและคณะ ศึกษาในญาติผู้สูญเสียตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึง 10 ปี จำนวน 641 คน พบว่า การที่ครอบครัวพึงพอใจต่อการดูแลของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกลดลง ความไม่พึงพอใจในการอธิบายเกี่ยวกับการรักษา และการรับรู้ของครอบครัวว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้³

ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย (Grief and bereavement) เป็นภาวะปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยปกติจะมีระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน หลังการสูญเสีย ภาวะเศร้าโศกที่มีระยะเวลานานกว่า 12 เดือนหรือมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรง จะ

ถือว่ามีความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งการมีการประเมินติดตามเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁴⁻⁵ การตอบสนองความต้องการของครอบครัวที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียเน้นกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ โดยทีมดูแลแบบประคับประคองควรมีการประเมินภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในช่วง 2-3 เดือน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 3-12 เดือน⁶ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจซึ่งเป็นตัวชี้วัดของคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง คือ การที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึง การดูแลที่ตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ที่ทีมดูแลแบบประคับประคองได้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถรับรู้ได้โดยการวางแผนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี เช่น เทคนิคในการดูแลผู้ป่วย การให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล การได้รับข้อมูลการดูแลอย่างเพียงพอของผู้ป่วยและครอบครัว และการสื่อสารระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Stewart et al.⁷ กรอบแนวคิดนี้เป็นการนำเสนอถึงกระบวนการที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย โดยความพึงพอใจของครอบครัวเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียถือเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงกระบวนการดูแลแบบประคับประคองเช่นกัน ซึ่ง

ได้ระบุถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และตัวชี้วัดของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวและสังคมที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 2) โครงสร้างและกระบวนการของการดูแล 3) ผลลัพธ์ของการดูแล คือความพึงพอใจในการดูแล และคุณภาพชีวิต รวมถึงภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย เป็นตัวชี้วัดถึงการดูแลที่มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของชีวิตจนถึงเสียชีวิต หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ จะช่วยลดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของครอบครัวได้ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวจึงมีความจำเป็น โดยคาดหวังว่าประโยชน์ของผลการศึกษานำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียลดลงและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlational descriptive study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ภายหลังการสูญเสียไปแล้ว 3-12 เดือน ซึ่งสามารถเกิดภาวะเศร้าโศกได้เป็นปกติ เพื่อนำข้อมูลไปติดตามผู้ดูแลหลักในเบื้องต้นที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติในระยะการสูญเสียที่มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป หากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบหวมดหมู่ (The set test) พัฒนาโดย Isaacs and Akhtar⁸ โดยบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้และจังหวัด ทั้งหมด 4 หมวด หมวดละ 10 ชื่อ ให้เวลาในการตอบทั้งหมด 2 นาที ผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ เนื่องจากตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจมีผลกระทบในเรื่องความจำและความรู้คิดต่อการตอบแบบสอบถามจึงต้องมีการคัดกรองเรื่องความจำและความรู้คิดเบื้องต้นทางโทรศัพท์ก่อนที่จะส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ จากการศึกษางานวิจัยที่มีความใกล้เคียง⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมคำนวณได้ 97 คน โดยพบว่า อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้คืนกลับมาคิดเป็นร้อยละ 40³ ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 136 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 - พฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย

1. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2)¹¹ ได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยและได้นำมาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทและวัฒนธรรมของคนไทยโดยลดารัตน์ สาภินันท์ ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ แบบประเมินแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย 2) ด้านการให้ข้อมูล 3) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว 4) ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคือ 5 ความพึงพอใจมาก 4 พึงพอใจ 3 เฉยๆ 2 ไม่พึงพอใจ 1 ไม่พึงพอใจมาก โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละข้อมาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและคะแนนรวมคะแนนมากหมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลน้อย ซึ่งความพึงพอใจจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 17-85 คะแนน แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ได้หาความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96 (content validity index)¹² และความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94¹² และการศึกษาได้หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96

2. แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief: ICG)¹⁴ ได้รับอนุญาตในการแปลเป็น

ภาษาไทย และปรับให้เข้ากับบริบทของคนไทย โดยอรสา ไยยง และพิรพนธ์ ลีอนุวัธชัย ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปล คือ 0 ไม่เคยเลย 1 นานๆ ครั้ง 2 บางครั้ง 3 บ่อยๆ 4 เป็นประจำ ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0-76 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียน้อย หากมีคะแนนรวมมากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ แบบประเมินนี้ ได้หาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ดี เป็นที่ยอมรับและนิยมนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ¹³ และการศึกษาได้หาความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2019/496) ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562 และโรงพยาบาลตติยภูมิที่เก็บข้อมูล (EC001/01/2019) ลงวันที่ 6 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากหน่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง คัดเลือกตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ โดยผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากทีมดูแลแบบประคับประคองในการร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ

ติดต่ออาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยทางโทรศัพท์ สอบถามความสมัครใจเบื้องต้นของอาสาสมัคร ผู้ร่วมวิจัยในการให้ข้อมูล การตอบแบบสอบถาม และคัดกรองความจำและความรู้คิดสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และโทรศัพท์ ติดตามผลการได้รับเอกสารภายหลัง 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 136 ฉบับ และได้จำนวนตัวอย่างกลับคืนมาทั้งหมด 110 ราย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งละ 55 ราย อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 80.88 ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.10 มีอายุเฉลี่ย 44.18 ปี (SD = 12.16)

สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 39.10 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.10 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,990 บาท (SD = 25,376.67 บาท) บุคคลที่เสียชีวิตเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 60 โดยมีความผูกพันมาก ร้อยละ 71.80 อายุของผู้เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 15-97 ปี เฉลี่ย 65.95 ปี (SD = 12.82) ได้รับการดูแลเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 5 ปี เฉลี่ย 1 ปี 6 เดือน (SD = 26.36) ครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมและเตรียมใจ ร้อยละ 73.60 และเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นตามการดำเนินของโรค ร้อยละ 75.50 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง

2. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) คิดคะแนนเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน และคะแนนโดยรวม พบค่าเฉลี่ย 68.64 คะแนน (SD = 11.78) มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 4.04 (SD = 0.69) คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ครอบครัวรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดจำนวน 3 อันดับ ได้แก่ การให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลผู้ป่วย 4.27 (SD = 0.73) วิธีการที่ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย 4.20 (SD = 0.81) ความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่จะให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย 4.15 (SD = 0.81) ตามลำดับสำหรับรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n=110)

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	M	SD
ด้านการให้ข้อมูล	4.09	0.74
ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว	4.04	0.70
ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	4.04	0.74
ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย	3.97	0.75
โดยรวม	4.04	0.69

3. ผลคะแนนภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย คิดคะแนนรายข้อและคะแนนโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ย 20.82 คะแนน (SD = 14.99) มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.09 (SD = 0.79) คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่ามีภาวะเศร้าโศกสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ รู้สึกอยากให้บุคคลที่เสียชีวิตกลับมา 2.14 (SD = 1.42) ภาพความทรงจำเกี่ยวกับบุคคลที่เสียชีวิตไป ทำให้รู้สึกทุกข์ใจ (เสียใจ) 2.13 (SD = 1.15) คิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตมากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรที่เคยทำ 1.88 (SD = 1.14) รู้สึกยึดติดอยู่กับสถานที่ และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว 1.88 (SD = 1.39) ตามลำดับ ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ของ Prigerson¹⁴ จากการศึกษาพบทั้งหมด 32 ราย ได้นำผลคะแนนโดยรวมที่มีผลคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ส่งต่อให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า มีการแจกแจงปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหาค่าความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปร กำหนดเกณฑ์ความสัมพันธ์¹⁵ ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่า .00 -.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของทีมดูแลแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189$; $p < .05$) และพบว่า รายด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.201$; $p < .05$ และ $r = -.198$; $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว (n=110)

ตัวแปรที่วิเคราะห์	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย	1					
2. ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	-.201*	1				
3. ด้านการให้ข้อมูล	-.163	.841**	1			
4. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว	-.198*	.869**	.873**	1		
5. ด้านการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย	-.151	.859**	.856**	.889**	1	
6. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวม	-.189*	.947**	.940**	.953**	.949**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 4.04 คะแนน (SD = 0.69) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลมากที่สุดคือ ด้านการให้ข้อมูล อาจเนื่องมาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในกระบวนการดูแลเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งความพึงพอใจถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการดูแล⁷ ความต้องการของครอบครัวที่ทีมดูแลต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brighton et al.¹⁷ และ Seccareccia et al.¹⁸ ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างทีมดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นทักษะที่สำคัญทำให้ได้รับข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล และควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารอยู่เสมอ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและทีมดูแลแบบประคับประคองรับฟังเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ส่วนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพึงพอใจน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต้องเผชิญกับความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นอาจก่อให้เกิดอาการทั้งทางกายและทางจิตใจมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความต้องการในการดูแลด้านจิตใจมากขึ้น การดูแลของหน่วยดูแลแบบประคับประคองทั้ง 2 แห่งจะมีทีมดูแลแบบประคับประคองร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเมื่อต้องสูญเสียผู้ป่วย ทีมดูแลจึงต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการดูแลทางด้านจิตใจเป็นการดูแลที่เป็นนามธรรม¹⁹ ดังนั้น จึงต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้า เสียใจ โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายสิ่งที่ข้องใจ รวมทั้งการจัดการอาการที่ไม่สบายต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือโรคมะเร็ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งจากตัวโรคและการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังครอบครัว ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจอณณะจง เพ็งจาด²⁰ กล่าวว่าทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องรับฟังความรู้สึกและการรับรู้ถึงการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีเวลาให้ผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยในเวลาที่ต้องการไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเศร้าโศกหลังการสูญเสียโดยรวม 20.82 คะแนน (SD = 0.79) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกปกติ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกอยากให้คุณคนที่เสียชีวิตกลับมา เฉลี่ย 2.14 คะแนน (SD = 1.42) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ฉันเห็นบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วมายืนอยู่ตรงหน้า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 0.27 คะแนน (SD = 0.81) อาจเนื่องมาจากอารมณ์เศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นได้ตามปกติของผู้ที่

สูญเสีย ในช่วงระยะแรกของการสูญเสียจะยังคงมีอาการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือนและจะค่อยๆลดลงไป โดยภาวะปกติจะใช้เวลาไม่นานเกิน 12 เดือน โดยจะแสดงความเศร้าโศกออกมาทั้งทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางกาย ซึ่งความรักและความผูกพันส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของครอบครัว ยิ่งมีความผูกพันมากย่อมส่งผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่มาก แต่จะสามารถปรับตัวให้เผชิญกับความสูญเสีย สามารถยอมรับและปรับตัวให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งปฏิกิริยาของอารมณ์เศร้าโศกจะเป็นไปตามทฤษฎีของ Kubler-Ross²¹ สอดคล้องกับศรีนรินทร์ วัฒนธรรณันท์⁵ และ Masterson et al.¹⁰ กล่าวว่า ระยะแรกส่วนใหญ่จะเป็นการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับการสูญเสีย อาจเกิดอาการตกใจ ไม่เชื่อ สับสน มึนงง รับไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น และจะค่อยๆ ยอมรับกับการสูญเสียและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ จนสามารถปรับตัว ภาวะอาการจากอารมณ์ที่เศร้าโศกทั้งทางกายและทางจิตใจก็เริ่มลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีผลคะแนนโดยรวมมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไปจำนวน 32 คน ซึ่งยังถือว่ามีความเศร้าโศกปกติเป็นไปตามทฤษฎีของ Kubler-Ross จึงได้นำข้อมูลส่งต่อหน่วยดูแลแบบประคับประคองให้เฝ้าระวังภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป และให้ทำการประเมินอีกครั้งในระยะสูญเสียผู้ป่วยแล้ว 12 เดือนขึ้นไป

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัวอย่างมี

นัยสำคัญ ($r = -.189, p < .05$) เกณฑ์ความสัมพันธ์¹⁵ ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่า .00 -.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่าคุณภาพการดูแลที่ดีมีแนวโน้มที่ทำให้ลดอารมณ์เศร้าโศกได้ จากการรอบแนวคิดของ Stewart et al.⁷ พบว่า กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ดี จะแสดงถึงคุณภาพการดูแลที่ดี ซึ่งตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยคือความพึงพอใจของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของครอบครัวหลังการสูญเสีย ที่ทำให้ครอบครัวเกิดอารมณ์เศร้าโศกลดลงหรือสามารถยอมรับและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว จะสามารถประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลที่ดีทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Miyajima และคณะ³ พบว่าการที่ครอบครัวพึงพอใจต่อการดูแลของทีมนุ้ดูแลจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกลดลง ความไม่พึงพอใจในการอธิบายเกี่ยวกับการรักษา และการรับรู้ของครอบครัวว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ จะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้ ดังนั้น การได้รับการอธิบายให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการได้พูดคุยสื่อสารกันระหว่างทีมนุ้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยลดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้าได้²¹ ซึ่งเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาจะทำให้เกิดความพึงพอใจซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลและลดภาวะเศร้าโศกได้²⁰

ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย อธิบายได้ว่าการจัดการอาการทางกายและความสุขสบายที่ดีจะทำให้อารมณ์เศร้าโศกลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรสิรา ลูวีระ²² กล่าวว่า ในระยะท้ายผู้ป่วยมักมีอาการรบกวนต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลไม่

สบายใจ และก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศก ทีมดูแลที่มีทักษะในการควบคุมอาการ จัดการภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสุขสบาย จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งผลให้ครอบครัวลดความเศร้าโศก อีกทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล²

ส่วนด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว อธิบายได้ว่า การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวที่ดีจะทำให้ลดอารมณ์เศร้าโศก ซึ่งสอดคล้องกับ Yamaguchi²³ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 80.60 พบว่ามีเพียงร้อยละ 13.70 เท่านั้น ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ อาจเนื่องมาจากการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และความเข้าใจในกระบวนการรักษา อีกทั้งการตอบสนองความต้องการของครอบครัวทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจในการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถช่วยลดภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสีย ดังนั้นการได้พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ระหว่างทีมดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาและสามารถ ลดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้²⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก

กับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว และยังพบว่ารายด้าน ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนและติดตามดูแลครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการสูญเสียให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยมีการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินระดับความเศร้าโศกสูญเสีย เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบระดับความเศร้าโศกสูญเสียโดยรวมที่มีผลคะแนนมากกว่า 25 คะแนนขึ้นไป ทั้งหมด 32 ราย ได้นำผลคะแนนส่งต่อให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อติดตามดูแลครอบครัวเพื่อเฝ้าระวังภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เข้าใจกระบวนการดูแลและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการติดตามการดูแลหลังการสูญเสียอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 12 และ 18 เดือน

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของทีมดูแลแบบประคับประคองและอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสียตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทที่ต่างกัน และศึกษาปัจจัย

อื่นๆ ที่อาจจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสีย เพื่อนำมาพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวหลังการสูญเสียต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการสูญเสียไปแล้ว 3-12 เดือนที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิเท่านั้น และเป็นการส่งแบบสอบถามไปให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งอาจไม่เข้าใจในข้อคำถามบางข้อ ทำให้แบบสอบถามบางฉบับอาจตอบไม่สมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนวิจัยแบบมุ่งเป้า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีงบประมาณ 2561 โครงการวิจัยย่อยที่ 2.1 ที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

References

1. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization public health model: A roadmap for palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(28):6-13.
2. Wentlandt K, Seccareccia D, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Grossman D, et al. Quality of care and satisfaction with care on palliative care units. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):184-92.
3. Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, Ito M, Nakajima S, Shirahase J, et al. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J Palliat Med*. 2014;17(9):1025-31.
4. Arizmendi BJ, Connor MF. What is normal in grief?. *Aust Crit Care*. 2015;28(1):58-62.
5. Wattanatomnan S. Grief and bereavement: The nursing role. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2560;10(1):13-21. (in Thai).
6. Guldin M, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen A. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support care cancer*. 2012;20:1679-85.
7. Stewart AL, Teno J, Patrick DL, Lynn J. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(2):93-108.
8. Isaacs B, Akhtar JA. The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing*. 1972;1:222-26.
9. Grant PC, Depner RM, Levy K, Lavever SM, Tenzek KE, Wright ST, et al. Family caregiver perspectives on end-of-life dreams and visions during bereavement. *J Palliat Med*. 2019;23(1):48-53.
10. Masterson M, Schuler TM, Kissane DW. Family focused grief therapy: A versatile intervention in palliative care and bereavement. *HHS Public Access*. 2013;32(3):117-23.
11. Aoun S, Bird S, Kristjanson JL, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family caregiver satisfaction with palliative care. *J Palliat Med*. 2010;24(7):674-81.

12. Sapinun L. Reliability and validity testing of the FAMCARE-2 scale: Thai Translation. Asia Pac J Oncol Nurs. 2020. (article in press).
13. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2554;56(2): 117-28. (in Thai).
14. Prigerson GH, Maciejewski KP, Reynolds FC, Bierhals JA, Newsom TJ, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res. 1995;59:65-79.
15. Hinkle DE, William W, Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York: Houghton Mifflin; 1998.
16. Kumkwan Y, Chaiyawut P. Preparation of care givers to promote death, dignity, in the end of life patients. Phranakhon Rajabhat Research Journal. 2559;11(2): 125-38. (in Thai).
17. Brighton JL, Koffman J, Hawkins A, Mcdonald C, Brien S, Robinson V, et al. A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):417-25.
18. Seccareccia D, Wentlandt K, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Gagliese L, et al. Communication and quality of care on palliative care units: A qualitative study. J Pain Symptom Manage. 2015;18(9):758-64.
19. Wuthiphongpat P. Palliative Care according to the Religious beliefs and the Living Will. Veridian E- Journal, Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(6): 149-61. (in Thai).
20. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2557;30(1):100-9. (in Thai).
21. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan; 1969.
22. Luvira V. Health care for caregivers of patients with terminal illness. Srinagarind Medical Journal. 2556;28(2):266-70. (in Thai).
23. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. J Pain Symptom Manage. 2017; 54(1):17-26.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชาติชาย สุภักดิ์* เยาวรัตน์ มัชฌิม** เบญญพร บรรณสาร**

บทคัดย่อ

บทนำ : การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยจากทั่วโลกมีมากถึง 450 ล้านรายและในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบสูงถึง 4 ล้านรายใน 1 ปีเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยสูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงบรรยาย ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 125 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง เดือนมีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 3) แบบสอบถามการมีโรคร่วม 4) แบบสอบถามด้านภาวะโภชนาการ 5) แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบประเมินปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา : พบว่า ตัวอย่างเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายร้อยละ 86.40 ภาวะทุพโภชนาการมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .224, p < .05$)

สรุปผล : การดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอาจช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายจากการติดเชื้อปอดอักเสบในชุมชน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ปอดอักเสบ กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย

*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: num2010ayutthaya@hotmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received: June 20, 2020

Revised: October 27, 2020

Accepted: November 19, 2020

The factors associated with systemic inflammatory response syndrome in older adult patients with pneumonia visiting the emergency departments in the hospitals in Phra Nakhon Si Ayutthaya province

Chartchai Supeedean* Yaowarat Matchim** Benyaporn Bannaasan**

ABSTRACT

Background: There are 450 million cases of pneumonia worldwide, with 4 million deaths a year due to the increased severity of the infection. Pneumonia is the leading cause of death among hospitalized older adult patients each year.

Objective: This study aimed to examine factors associated with systemic inflammatory response syndrome (SIRS) in older adult patients with pneumonia visiting the emergency departments in the hospitals of Phra Nakhon Si Ayutthaya province.

Methods: This is a descriptive research study. The sample consisted of 125 elderly patients with pneumonia who met the inclusion criteria. Data were collected between December 2019 and March 2020. The research instruments used include: 1) a demographic questionnaire; 2) a questionnaire on physical activities in daily living; 3) a questionnaire about comorbidity; 4) a questionnaire on nutrition status; 5) a questionnaire on social support; and 6) systemic inflammatory response syndrome scores. The data were analyzed using descriptive statistics, point-biserial correlation, and Spearman's rank correlation.

Results: The samples mostly had systemic inflammatory response syndrome (SIRS) (86.4%). Malnutrition status was found to be statistically, significantly, and positively associated with systemic inflammatory response syndrome in older adult patients infected with pneumonia that had come to receive services at the accident and emergency departments ($r_s = .224$, $p < .05$).

Conclusions: Emphasizing nutritional care among older adults may decrease the severity of systemic inflammatory response syndrome related to community pneumonia.

Keywords: older adults, pneumonia, systemic inflammatory response syndrome (SIRS)

*M.N.S.(Adult Nursing), Faculty of Nursing, Thammasat University, E-mail: num2010ayutthaya@hotmail.com

**Faculty of Nursing, Thammasat University

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยมีสภาพสังคมที่เรียกว่า “ภาวะสังคมสูงอายุ” โดยองค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 1.2 พันล้านคน และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 จากประชากรโลก 9 พันล้านคน ซึ่งความสูงอายุนี้มีผลต่อสุขภาพอาจก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง และทำให้ผู้สูงอายุมีความถี่ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากกว่าวัยอื่นๆ ใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย¹ โดยภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีหลากหลายอาการทั้งระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหารหรือการติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อ² โดยโรคปอดอักเสบ (pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดทั่วโลก³ และส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี⁴ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสูงถึงประมาณ 500,000 ราย รองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหัวใจและมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ ปีละประมาณ 30,000 ราย ในปี พ.ศ. 2557-2559⁵

การติดเชื้อในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้น้อยลง โดยการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปอดอักเสบซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อปอดอักเสบร่างกายจะเกิดการตอบสนองต่อการ

อักเสบเฉพาะที่และถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข การอักเสบจะลุกลามเพิ่มมากขึ้นจนทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ที่สำคัญถ้าภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการประเมิน วินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตในที่สุด⁶ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการ ประวัติการได้รับวัคซีน การสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งที่ทำให้เกิดโรค คือการติดเชื้อปอดอักเสบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการทางพยาธิวิทยาในการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย โดยในทุกปัจจัยจะส่งผลต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรคโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นการค้นหปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแล ป้องกัน และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ การลดความรุนแรง หรือลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อปอดอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นจนเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับวัคซีน การสูบบุหรี่และแรงสนับสนุนทางสังคมกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ

ทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ
ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีปัจจัย
การเกิดโรคของ Gordon⁷ โดยการเกิดโรค
ขึ้นกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ประการ
ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (host) คือ
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
โรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับวัคซีน
และการสูบบุหรี่ 2) ปัจจัยด้านสิ่งที่ทำให้เกิดโรค
(agent) คือการติดเชื้อปอดอักเสบ 3) ปัจจัยด้าน
สิ่งแวดล้อม (environment) คือ แรงสนับสนุน
ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสาม
เปรียบเหมือนกับการเล่นไม้กระดก เมื่อมีความ
สมดุลระหว่างน้ำหนักของสิ่งที่ทำให้เกิดโรค
น้ำหนักของมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมจะเกิดภาวะ
ความสมดุลขึ้นการเกิดโรคก็จะมี ไม่มี การ
ติดเชื้อ เรียกว่า ภาวะสมดุล ดังนั้นในภาวะปกติ
บุคคลจะไม่เกิดการติดเชื้อแต่ถ้าเกิดภาวะที่ไม่มีความ
สมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม คือ มีการ
เปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำให้เกิดโรค มีการ
เปลี่ยนแปลงของมนุษย์ หรือสิ่งแวดล้อมมีการ
เปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้ง
3 ประการที่กล่าวมานี้ทำให้เกิดภาวะที่ไม่สมดุล
ขึ้น จึงเกิดการติดเชื้อและปัญหาสุขภาพตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย
แบบการศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive
correlational research design) เพื่อศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนอง
ต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อ
ปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ
และฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562
ถึงเดือน มีนาคม 2563 ขนาดของตัวอย่าง
คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike 1978 อ้างถึง
ในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร⁸ $n = 10k + 50$
การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร
 $n = 10(6) + 50 = 110$ คน เนื่องจากระหว่าง
การเก็บรวบรวมข้อมูลมีตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ใน
การศึกษาวิจัยเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก
ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลของตัวอย่างทั้งหมดเป็น 125 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย
สูงอายุที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการ
ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยประเมินจาก
อาการและอาการแสดงทางคลินิกของโรคปอด
อักเสบชุมชนและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
มีการติดเชื้อปอดอักเสบชุมชน สามารถเข้าใจ
และสื่อสารภาษาไทยได้ดี หรือมีผู้ดูแลหลักที่
สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยได้ และ
แพทย์พิจารณาให้สื่อสารข้อมูลแทนผู้ป่วยใน
กรณีผู้ป่วยต้องการพักผ่อนหรือมีอาการเหนื่อย
เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรง
มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีประวัติเข้าพักรักษา
ตัวในโรงพยาบาลในเวลา 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย
การคัดกรอง ผู้ป่วยใช้ MOPH Triage ที่
ประกาศใช้โดยกระทรวงสาธารณสุข การ
ประเมินและวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางด้าน
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการตรวจและวินิจฉัย
อาการของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น
6 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่
แบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้บุคคล ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก และอาชีพก่อนเกษียณ ประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ ประวัติการสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่

2. แบบสอบถามด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ผลรวมคะแนน 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) ผลรวมคะแนน 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง)

3. แบบสอบถามข้อมูลด้านการมีโรคร่วมของ Charlson Comorbidity Index¹⁰ ประกอบด้วยภาวะโรคร่วมทั้งหมด 21 โรคร่วมโดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, 6 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-39 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะโรคร่วม 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมระดับความรุนแรงน้อย 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมระดับความรุนแรงปานกลาง 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมระดับความรุนแรงมาก

4. แบบสอบถามข้อมูลด้านภาวะโภชนาการ ใช้แบบประเมิน Subjective Global Assessment (SGA)¹¹ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-26 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ A (0-3 คะแนน) หมายถึง มีภาวะโภชนาการปกติ (well nourished) B (4-8 คะแนน) หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง (moderate malnourished) C (มากกว่า 8 คะแนน) หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (severely malnourished)

5. แบบสอบถามข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ¹² คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำที่สุด

6. แบบประเมินปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย¹³ ได้แก่ 1) อุณหภูมิของร่างกายมากกว่า 38.3 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส 2) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือค่าความดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง (PaCO₂) น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท 3) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้งต่อนาทีและ 4) จำนวนเม็ดเลือดขาว มากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดตัวอ่อน มากกว่า 10% โดยแบ่งคะแนนเป็นดังนี้ ไม่มีอาการ เท่ากับ 0 คะแนน มีอาการ 1 อาการ เท่ากับ 1 คะแนน มีอาการ 2 อาการ เท่ากับ 2 คะแนน มีอาการ 3 อาการ เท่ากับ 3 คะแนน มีอาการ 4 อาการ เท่ากับ 4 คะแนน ตัวอย่างที่มีอาการแสดงเท่ากับหรือมากกว่า 2 อาการ หมายถึง เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้เครื่องมือเดิมจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ที่มีการนำมาใช้

อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยสูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหา ยกเว้นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื่อปอดอักเสบที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล ชี้แจงการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับรายละเอียดการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื่อปอดอักเสบกับหัวหน้ากลุ่มงาน ตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในวันก่อนจำหน่ายโดยรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยแบ่งลักษณะข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแฟ้มประวัติของตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเกษียณ และประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลด้านการมีโรคร่วม (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 3) และแบบประเมินปฏิภณียาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 6) ส่วน

ที่ 2 ข้อมูลจากตัวอย่างหรือผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลแทนกลุ่มตัวอย่างได้ ได้แก่ รายได้บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ แบบสอบถามประวัติการได้รับวัคซีน (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 1) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ(ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 4) และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (ครอบคลุมแบบสอบถามส่วนที่ 5)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 รหัสโครงการวิจัยที่ 155/2562 ได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 22 ธันวาคม 2562 ถึง 21 ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีนกับปฏิภณียาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื่อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน โรคร่วม ภาวะโภชนาการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง มีจำนวน 125 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุอยู่ในช่วง 60 - 93 ปี อายุเฉลี่ย 76.5 ปี (SD=9.70) ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 (BMI 25.0-29.9) ร้อยละ 31.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.00 ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 80.00 มีความรุนแรงของโรคร่วมน้อย ร้อยละ 47.20 ระดับภาวะโภชนาการอยู่ในกลุ่มภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ร้อยละ 51.20 ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่

เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 76.80 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.40 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นกลุ่มตามระดับคะแนนเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงที่สุด แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำที่สุด ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (เกิด SIRS 2 ข้อขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 86.40 โดยระดับความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (เกิด SIRS 3 ข้อ) คิดเป็นร้อยละ 48.00

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่และปัจจัยด้านการได้รับวัคซีนพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($r_{pb}=.125$, $p=.165$ และ $r_{pb}=.101$, $p=.264$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีนกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ (n = 125)

ตัวแปร	1	2	3
1. การสูบบุหรี่	1		
2. การได้รับวัคซีน	.045	1	
3. ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ	.125	.101	1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($r_s=.224$, $p<.05$) ปัจจัยด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้าน

โรคร่วม และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($r_s=-.005$, $p=.952$, $r_s=.031$, $p=.733$, $r_s=-.018$, $p=.838$) ไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการและแรงสนับสนุนทางสังคมกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($n = 125$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	1				
2. ภาวะทุพโภชนาการ	-.303*	1			
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	.242*	.139	1		
4. โรคร่วม	-.352*	.281*	.089	1	
5. ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ	-.005	.224*	-.018	.031	1

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_{pb}=.125$, $p=.165$) เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.40 สรุปได้ว่า การไม่สูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับสารพิษที่อยู่ในบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ ซึ่งสารเหล่านี้เมื่อสูดเข้าไปจะขังอยู่ที่ถุงลมปอดทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาวและเยื่อเซลล์ซึ่งนำมาสู่กระบวนการอักเสบในระบบทางเดินหายใจ¹⁴ ในกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่จึงมีผลทำให้การทำงานของเยื่อเมือกในการฟัดโบกเชื้อโรคต่างๆ ในระบบทางเดินหายใจ

เป็นปกติ จึงไม่เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaspors พบว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในการเพิ่มจำนวนมากขึ้น การจับกินเชื้อโรคลดลง กระตุ้นการอักเสบมากขึ้นทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงตามมาได้¹⁵

การได้รับวัคซีนไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_{pb}=.101$, $p=.264$)) สรุปได้ว่า แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุจะมีผลทำให้ภูมิต้านทานโรคของผู้สูงอายุต่ำลง แต่ภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด (Innate immunity) ซึ่งเป็นกลไกการ

ป้องกันที่ตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จำนวนการทำหน้าที่ของเซลล์ภูมิคุ้มกัน ระบบกระตุ้นคอมพลีเมนต์ ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การติดเชื้อปอดอักเสบนี้ไม่พัฒนาเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของธีระพงษ์ ตันทวีเชียร พบว่า การได้รับวัคซีนในผู้สูงอายุยังเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากภูมิคุ้มกันที่ปรับตัว (Adaptive immunity) ที่สร้างจากต่อมธัยมัสจะลดลง ทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่อแอนติเจนที่ไม่เคยพบมาก่อนลดลง การตอบสนองต่อเชื้อก่อโรคจึงมีประสิทธิภาพไม่ดีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่รุนแรงในร่างกายได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคติดเชื้อ¹⁶

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_s = -.005$, $p = .952$) เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมซึ่งสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองได้ดีสูงถึงร้อยละ 80.00 สรุปได้ว่า ประโยชน์จากการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดี หัวใจและปอดแข็งแรง ทนทาน ระบบภูมิคุ้มกันโรคดี มีความต้านทานต่อโรคดีขึ้น¹⁷ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลไกการป้องกันตัวเองที่ดีเมื่อมีเชื้อโรคเข้ามาในร่างกาย การทำงานของเม็ดเลือดขาวต่อการอักเสบที่อวัยวะเป้าหมายมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การอักเสบติดเชื้อไม่ลุกลามไปเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Green and Pinkerton พบว่าการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้การทำงานของ

ปอดมีความแข็งแรง ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถรับออกซิเจนเข้าไปใช้ในร่างกายได้เพิ่มขึ้นด้วย¹⁸

ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_s = .224$, $p < .05$) สรุปได้ว่า ภาวะทุพโภชนาการนี้มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกสร้างมาจาก DNA ภายในเซลล์ซึ่งสายของ DNA นี้ประกอบไปด้วยกรดอะมิโนหลายชนิด ซึ่งกรดอะมิโนเหล่านี้ได้มาจากสารอาหารประเภทโปรตีน ถ้าร่างกายได้รับสารอาหารจำพวกโปรตีนไม่เพียงพอจะทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอลง ทำให้การจับกินเชื้อโรคไม่มีประสิทธิภาพเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brotherton et al. พบว่า ภาวะทุพโภชนาการทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง อ่อนเพลีย เกิดความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย²⁰

แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_s = -.018$, $p = .838$) เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อทำงานตามปกติ ซึ่งจะช่วยให้มีการเพิ่มของระบบภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอย่างเพียงพอจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย²¹ ช่วย

ให้เมื่อมีการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวดเร็ว ทำให้การอักเสบไม่ลุกลามเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตในที่สุด⁶

โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบ ($r_s=.031, p=.733$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากการสร้างกลูโคสที่ตับ ส่งเสริมให้มีการหลั่งสารก่อการอักเสบเพิ่มมากขึ้น ภาวะการติดเชื้อในร่างกายอาจรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคร่วม แต่จากข้อมูลของผู้วิจัยผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมน้อย โรคที่เป็น เช่น เบาหวาน ก็เป็นกลุ่มที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รักษาโดยการใช้อาหารที่ทานนั้นรวมทั้งยังมีความรู้ในการดูแลสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคร่วม ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ จึงไม่เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cilloniz et al. พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบชุมชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป²²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอาจช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายจากการติดเชื้อปอดอักเสบในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ในการประเมิน วางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพมาก และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย
2. พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายและการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น
3. พยาบาลและทีมส่งเสริมสุขภาพควรส่งเสริมการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกายและป้องกันการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุ
4. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาต่อยอดในการวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลในการสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่จะแสดงถึงคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดีของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

References

1. Aroonsang P. Nursing care for important problems of the elderly:use.Khon Kaen: Printing House Nana Wittaya; 2011. (in Thai).
2. Muangpaisan W. Emergency Management for the Elderly.Bangkok: Pappim Limited Partnership; 2014. (in Thai).

3. Reechaipichitkul W. Pneumonia Treatment. Journal of Medicine KhonKaen University. 2015;1(4):17-29. (in Thai).
4. Bartolf A, Cosgrove C. Pneumonia. Medicine. 2016;44(6):373-77.
5. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D. 2016. Ministry of public health; 2016. (in Thai).
6. Srivisai T, Pinyopasakul W, Charoenkitkam V. Relationships between age, body mass index, comorbidity and systemic inflammatory response syndrome in patients with respiratory infection at an Emergency unit. Ramathibodi Nursing Journal. 2014;21(2):186-98. (in Thai).
7. Gordon JE. Epidemiology in Modern Perspective. Proc R Soc Med. 1954;47(7):564-70.
8. Srisatidnarakul B. The Methodology in Nursing Research. Bangkok: U and I Intermedia; 2007. (in Thai).
9. Department of health. Barthel Activities of Daily Living: ADL; 2016. (in Thai).
10. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.
11. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA., et al. What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenter Enter Nutr. 1987;11(1):8-13.
12. Rattana W. Health care behavior and social support with elderly's of life quality of aging club at suratthani central hospital Srinakharinwirot University; 2009. (in Thai).
13. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S M, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013;41(2):580-637.
14. Droemann D, Goldmann T, Tiedje T, Zabel P, Dalhoff K, Schaaf B. Toll-like receptor 2 expression is decreased on alveolar macrophages in cigarette smokers and COPD patients. Respir Res. 2005;6:68.
15. Jaspers I. Cigarette smoke effects on innate immune mechanisms in the nasal mucosa. Potential effects on the microbiome. Ann Am Thorac Soc. 2014; 11(Suppl 1):S38-42.
16. Tanthawichien T. Immunization for adults and the elderly. Bangkok: Infectious Disease Association of Thailand; 2014. (in Thai).
17. Sararuk M. Physical Activity Promotion in

- the Elderly. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2015;17(1):23-36. (in Thai).
18. Green FHY, Pinkerton KE. Chapter 27 - Environmental Determinants of Lung ging. In The Lung (Second Edition). Boston Academic Press. 2014:471-91.
19. Schaible UE, Kaufmann SH. Malnutrition and infection: complex mechanisms and global impacts. PLoS Med. 2007;4(5):e115.
20. Brotherton A, Simmonds N, Stroud M. Malnutrition Matters Meeting Quality Standards in Nutritional Care. A Toolkit for Commissioners and Providers in England; 2010.
21. House JS. Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.
22. Cillóniz C, Dominedò C, Garcia-Vidal C, Torres A. Community-acquired pneumonia as an emergency condition. Curr Opin Crit Care. 2018;24(6):531-39.

ปัจจัยทำนายการถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

อริยฉัตร กาพหว่า* จักรกฤษณ์ พลราชม**

บทคัดย่อ

บทนำ : พฤติกรรมรุนแรงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงและปัจจัยทำนายการถูกระทำ
ด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการวิจัย : การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพได้มาจากการสุ่ม
ตัวอย่างแบบกลุ่ม จำนวน 356 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การถูก
กระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรม
รุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ
เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : พยาบาลวิชาชีพถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ
15.40 (SD = 3.59) โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการ
พฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกระทำด้วยพฤติกรรม
รุนแรงมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.713, -.433, p < .01$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทาง
สังคม เป็นปัจจัยทำนายการถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.655, -.120, p < .01$ ตามลำดับ) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้
 z (การถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง) = $-.655$ (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) $-.120$ (แรงสนับสนุน
ทางสังคม) ทั้งนี้ปัจจัยทั้งสองร่วมกันทำนายการถูกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงได้ร้อยละ 51.60

สรุปผล : ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงในที่
ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและ
จัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงในที่ทำงาน

*นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิม
พระเกียรติ จังหวัดสกลนคร, E-mail: Ariya.er@gmail.com

**มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Received: April 19, 2020

Revised: June 9, 2020

Accepted: November 19, 2020

Predictive factors of violent behavior in the workplace among registered nurses at a tertiary level hospital

Ariyachart Kalawa* Chakkrit Ponrachom**

Abstract

Background: Violent behavior is a problem that affects the body, mind, and work of registered nurses.

Objectives: This study aimed to examine violent abuse in the workplace and correlated predictive factors among registered nurses at a tertiary level hospital.

Methods: This predictive correlational study used cluster sampling to recruit 356 registered nurses. Data collection was conducted by using questionnaires related to personal information, violent abuse in the workplace, self-efficacy in preventing and managing violent behavior and social support. Descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regression were used for data analysis.

Results: The results revealed that the total mean score of violent abuse in the workplace was 15.40 (SD = 3.59), indicating that the participants had a low level of violent abuse in the workplace. Self-efficacy in preventing and managing violent behavior and social support had a statistically significant negative correlation with violent behavior ($r = -.713, -.433, p < .01$, respectively). Results of regression analysis indicated that self-efficacy in preventing and managing violent behavior and social support were significant predictors of violent abuse in the workplace ($\beta = -.655, -.120, p < .01$ respectively). The model for the equation was z (violent behavior) = $-.655$ (self-efficacy) $-.120$ (social support). Both factors predict 51.60% of violent behavior in the workplace among registered nurses.

Conclusions: The findings of this study suggest that nurse administrators might develop a program of violent behavior prevention and management in the workplace through developing self-efficacy in preventing and managing violent behavior and social support in registered nurses.

Keywords: self-efficacy, social support, workplace violence

*Master Degree Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermpkrakiat Sakon Nakhon Province Campus, E-mail: Ariya.er@gmail.com

**Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermpkrakiat Sakon Nakhon Province Campus

บทนำ

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกด้านคำพูดหรือการกระทำ ต่อตนเอง บุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจ ความต้องการรุนแรง ความกดดันทางสังคมและควบคุมตนเองไม่ได้ มีเจตนาทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ ทำร้ายจิตใจ รวมถึงทำให้ฝ่ายตรงข้ามสะเทือนใจ¹⁻³ การใช้ความรุนแรงหรือพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลกับบุคลากรทางสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกอย่างกว้างขวางและแพร่หลาย เจ้าหน้าที่ถูกล่วงละเมิด ช่มชู้ ถูกคุกคามหรือทำร้ายร่างกายขณะทำงาน ทั้งนี้มากกว่าร้อยละ 50.00 ของบุคลากรด้านสุขภาพเคยถูกกระทำรุนแรงในขณะที่ปฏิบัติงาน¹ จากการศึกษาความชุกของความรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหลายประเทศ ได้แก่ รัฐปาเลสไตน์ สาธารณรัฐเกาหลี เขตบริหารพิเศษมาเก๊าแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน สหรัฐอเมริกา สหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปีย และสาธารณรัฐอาหรับอียิปต์ พบในอัตราที่สูงมากคือ ร้อยละ 80.00, 69.00, 57.20, 44.60, 30.00, 29.90 และ 27.70 ตามลำดับ^{1, 4-5}

สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ รายงานว่า พยาบาลวิชาชีพเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ¹ ทั้งนี้ด้วยนโยบายของรัฐบาล และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นศูนย์รับการส่งต่อเพื่อการรักษาในกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อน และใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการรักษา จึงส่งผลให้มีผู้ป่วย

จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วย และญาติต้องเผชิญกับการรอรับการบริการทางการแพทย์เป็นเวลานาน และอาจไม่ประทับใจในการบริการหรือคุณภาพตามที่ต้องการก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงได้⁶ การมีพฤติกรรมรุนแรงของผู้รับบริการ พบว่า มีสาเหตุจากทั้งด้านผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม บุคลากร และระบบการทำงานขององค์กร⁷ ลักษณะของความรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการกระทำรุนแรงด้วยวาจา และการทำร้ายร่างกาย ทั้งนี้ผู้กระทำความรุนแรงอาจเป็นได้ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้มารับบริการอื่นๆ หรือแม้กระทั่งเพื่อนร่วมงาน⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นความเสี่ยงและภัยคุกคามที่สำคัญ นับวันยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นดังที่เห็นปรากฏตามสื่อมวลชนต่างๆ เช่น ปัญหาความไม่พึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ปัญหาการฟ้องร้องทางการแพทย์ ก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจกับบุคลากรเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เป็นความเสี่ยงที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในสถานที่ทำงานนั้นเป็นสหปัจจัย (multi-factors)⁸⁻⁹ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล (individual factors) ร่วมกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพโดยตรง เช่น การรับรู้ ความคาดหวัง แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงาน เป็นต้น

จากการศึกษาการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในต่างประเทศ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรม

รุนแรงในพยาบาลวิชาชีพต่ำจะมีโอกาสในการเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงในสถานที่ทำงานสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของแบบดูรา (Bandura) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างชัดเจน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกระงับพฤติกรรมรุนแรงในพยาบาลวิชาชีพ^{7,11} ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการถูกระงับพฤติกรรมรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกระงับพฤติกรรมรุนแรงในพยาบาลวิชาชีพ⁸⁻⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยอยากทราบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และจัดการพฤติกรรมรุนแรง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีอำนาจในการทำนายการถูกระงับพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างไร เพื่อการนำผลการวิจัยไปสู่การวิเคราะห์ อธิบาย และทำความเข้าใจถึงปัจจัยสาเหตุเชิงพฤติกรรมที่แท้จริง และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการถูกระงับด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้การถูกระงับด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research)

ตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 628 คน ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 314 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของ Cohen¹² และปรับขนาดเพื่อลดการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยใช้เกณฑ์ของ Burns and Grove¹² ค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ r^2 ไม่เกิน 0.7 ด้วยสูตรปรับขนาดของ Hsieh, Bloch & Larson¹² และทดแทนข้อมูลที่ผู้ตอบอาจไม่ตอบกลับมาร้อยละ 40.00¹³ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยจัดกลุ่มตามประเภทการให้บริการพยาบาลในกลุ่มสาขาเดียวกัน และเฉลี่ยให้มีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งประชากรในแต่ละกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน สามารถจัดกลุ่มได้ทั้งหมด 7 กลุ่มๆ ละ 83-98 คน จากนั้นทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างใกล้เคียงกับที่คำนวณได้มากที่สุด ได้ทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 367 คน จากตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 314 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาตัวอย่างทั้งหมดที่สุ่มได้ ซึ่งมีความเพียงพอและครอบคลุมขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา แผนกที่ทำงานและรูปแบบการปฏิบัติงาน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 12 – 60 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) 12-27 คะแนน หมายถึง ถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ 2) 28 – 43 คะแนน หมายถึง ถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในระดับปานกลาง และ 3) 44-60 คะแนน หมายถึง ถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) 15 – 35 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ 2) 36 – 56 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และ 3) 57 – 75 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน โดยมีเกณฑ์การ

ให้คะแนนแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) 12-27 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 2) 28-43 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และ 3) 44-60 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .60 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในพื้นที่และบริบทคล้ายคลึงกันจำนวน 48 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .79, .87 และ .87 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKHREC38/2562 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ถึง

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อขอ
อนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วย ดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนดและ
แนวทางของข้อพิจารณาทางจริยธรรม โดย
ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามตามจำนวนพยาบาล
วิชาชีพในแผนกและกำหนดเวลาเก็บคืน หาก
ได้ยังไม่ครบจะติดตามเก็บแบบสอบถามที่ยัง
ขาดในวันถัดไปจนครบจำนวนของตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ
วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการถูกกระทำด้วย
พฤติกรรมรุนแรง การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรม
รุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการหา
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่
ส่งผลต่อการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง
ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรง
สนับสนุนทางสังคม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation
Coefficient)

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ
ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)
เพื่อทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง
ในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่าง
จำนวน 367 คน มีอัตราการตอบกลับร้อยละ
100 แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ถูกต้อง
จำนวน 356 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.00
ซึ่งครอบคลุมขนาดตัวอย่าง และเพียงพอต่อ
การวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์ข้อมูล
พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.80 อายุเฉลี่ย
32.65 ปี ($SD = 8.54$) อายุงานเฉลี่ย 8.69 ปี
($SD = 7.88$) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับ
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 85.40
รองลงมาคือการพยาบาลเฉพาะทาง ร้อยละ 12.10
และปริญญาโท ร้อยละ 2.50 ปฏิบัติงานในแผนก
ผู้ป่วยสามัญมากที่สุด ร้อยละ 57.30 รองลงมา คือ
แผนกผู้ป่วยวิกฤต แผนกผู้ป่วยพิเศษ แผนก
ผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ร้อยละ 18.80, 12.90, 5.60 และ 5.30 ตามลำดับ
ส่วนใหญ่มีรูปแบบในการปฏิบัติงานในลักษณะ
งานบริการพยาบาล ร้อยละ 95.50

2. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ถูกกระทำด้วย
พฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ ($M = 15.40$, $SD = 3.59$) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่อยู่
ในระดับปานกลาง ($M = 55.49$, $SD = 7.95$) และ
แรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน
กลาง ($M = 40.63$, $SD = 6.89$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 356)

ตัวแปร	M	SD	Actual Range	ระดับ จำนวน (ร้อยละ)			แปลผล
				สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
การถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง	15.40	3.59	12 - 35	0(0.0)	1(0.3)	355(99.7)	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง	55.49	7.95	35 - 74	160(44.9)	195(54.8)	1(0.3)	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	40.63	6.89	21 - 60	39(11.0)	221(62.0)	96(27.0)	ปานกลาง

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Best and Kahn¹⁴ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกกระทำด้วย

พฤติกรรมรุนแรงในระดับปานกลาง ($r = -.713$, $p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในระดับต่ำ ($r = -.433$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง (n = 356)

ตัวแปร	1	2	3
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง	1		
แรงสนับสนุนทางสังคม	.478*	1	
การถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง	-.713*	-.433*	1

* $p < .01$

4. การทดสอบอำนาจในการทำนายพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง

($\beta = -.655$, $p < .01$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.120$, $p < .01$) สามารถเขียนเป็นสมการทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงได้ ดังนี้ z (การถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง) = $-.655$ (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) - $.120$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของปัจจัยต่างๆ ต่อการถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง (n = 356)

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	p
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และจัดการพฤติกรรมรุนแรง	-.296	.019	-.655	-15.596	.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.063	.022	-.120	-2.863	.004*
ค่าคงที่ (Constant)	34.374	1.011		33.988	.001*

R= 0.720, R²= 0.519, R² adj = 0.516, F = 190.529, *p < .01

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่เป็นเช่นนั้นเนื่องมาจากเมื่อพยาบาลวิชาชีพเคยถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงแล้ว จะเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงและลดการเผชิญหน้ากับผู้กระทำรุนแรง จึงมีส่วนช่วยให้อัตราการถูกรังทำรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัย^{8,15-16} ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความชุกของการถูกรังทำรุนแรงโดยมีความบ่อยของการถูกรังทำในระดับน้อยครั้ง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง และเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายการถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่ำรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับความรุนแรงได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพแปลความรุนแรงที่ตนเองได้รับว่าถูกรังทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงสูง และเมื่อ พยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสูง จะรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการกับความรุนแรงที่เผชิญนั้นได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพแปลความรุนแรงที่ตนเองได้รับว่าไม่ได้ถูกรังทำรุนแรง หรือถูกรังทำรุนแรงต่ำ เหตุผลที่เป็นเช่นนั้นเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น เป็นกลไกทางจิตส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอารมณ์ และพฤติกรรม เกิดขึ้นได้จาก 2 องค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีของการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง เมื่อ

พยาบาลวิชาชีพขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกำบังกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้และแปลความรุนแรงที่ตนเองได้รับว่าถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูงย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกำบังกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของแบบดورا (Bandura) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างชัดเจน¹⁰ การศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อัครเดช กลิ่นพินธุ์และคณะ⁷ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ขาดทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ขาดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงได้ ขาดทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กลัวให้การพยาบาลไม่ถูก ไม่กล้าไม่มั่นใจในการดูแล เหล่านี้มีโอกาสเผชิญหน้ากับพฤติกรรมรุนแรงสูง นอกจากนั้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการลดความเครียดทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบจากความรุนแรงในที่ทำงานได้¹⁶ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกำบังกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงเป็นปัจจัยป้องกันการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง อภิปรายได้ว่า พยาบาล

วิชาชีพที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงได้สูง ในทางตรงกันข้ามพยาบาลวิชาชีพที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงต่ำ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยส่งเสริมเพื่อการเกิดพฤติกรรมที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ทั้งทางด้านเครื่องมือ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินตนเอง ทั้งนี้ด้วยลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเป็นกะในเวลาที่ไม่ปกติ อีกทั้งยังมีบุคลากรไม่เพียงพอจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานแบบควบหลายกะ ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานน้อย ดังนั้นจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เพื่อที่จะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมกำบังกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่ดีได้ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้และแปลความรุนแรงที่ตนเองได้รับว่าถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ในทางตรงกันข้ามเมื่อพยาบาลวิชาชีพได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เช่น ได้รับการรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าหรือได้รับการยกย่อง ได้รับคำปรึกษาหรือข้อมูล ให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจจากทั้งครอบครัว หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน เห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของตนเอง¹⁷ ย่อมมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติงาน และมีพฤติกรรมกำบังกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้และแปลความรุนแรงที่ตนเองได้รับว่าไม่ได้ถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษาของนักวิจัย⁸⁻⁹ ที่พบว่า เมื่อพยาบาลวิชาชีพได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกสบายใจมากขึ้น เพราะรู้สึกว่าตนเองสามารถได้รับการช่วยเหลือ และการปกป้องจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมนี้ จะช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักและมีส่วนร่วมในสังคม⁹ จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถ สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษา พบว่า การถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ

ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่มุ่งเน้นการ

พัฒนากิจกรรมในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการถูกกระทำพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือไปยังประชากรที่กว้างขึ้น

References

1. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. J BMC nursing. 2015;14(1):1-5.
2. Nakbut K. Development of prevention and management of aggressive and violence behavior in psychiatric wards [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai).
3. Kamontham W. Violence Appears in Case Studies: TV Drama Hunts 2017 [Thesis]. Bangkok: Bangkok University; 2017. (in Thai).
4. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(8):879.
5. Sisawo EJ, Ouédraogo S Y Y A, Huang SL. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):2-11.
6. Saimai W, Thanchira S, Prasertsukchinda N. Workplace violence and management

- of nursing personnel in accident and emergency departments. Ramathibodi Nursing Journal. 2010;16(1):121-35. (in Thai).
7. Klinpiboon A, Morachat C, Sarakan K. Strategies for professional nurse development in managing aggressive behavior of psychiatric patients in the hospitals of the Health Region 10. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2017;31(1):29-40. (in Thai).
8. Chayphong A, Lormphongs S, Phatarabuddha N. Factors related to effects of workplace violence among nurses in primary care hospital, Samut Prakan Province. Disease Control Journal. 2017;43(4):413-22. (in Thai).
9. Li L, Ruan H, Yuan WJ. The relationship between social support and burnout among ICU nurses in Shanghai: A cross-sectional study. Chin Nurs Res. 2015;2(2-3):45-50.
10. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educ Psychol. 1993;28:117-48.
11. Chiangkhong A, Auamaneekul N, Kaewbunchu O. Factor related to workplace violence among nurses working in industry. Journal of Public Health Nursing 2012;26(3):45-62. (in Thai).
12. Tanormseang N. Sample size calculation in the case of multiple regression analysis [Internet]. 2017 [17 Oct 2019]; Available from: https://home.kku.ac.th/nikom/sample_size_multiple_regression_2560.pdf. (in Thai).
13. Sapbamrur R. Public Health Research Methodology. Bangkok: OS. Printing House; 2016.
14. Best JW, Kahn JV. Research in education (10). Boston, MA: Pearson Education Inc; 2006.
15. Niyamas T. Workplace violence and violence management of nursing personnel [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. (in Thai).
16. Yao Y, Wang W, Wang F, Yao W. General self-efficacy and the effect of hospital workplace violence on doctors' stress and job satisfaction in China. Int J Occup Med Environ Health. 2014;27(3):389-99.
17. Kritthathip B, Boonchuaythanasit K. Relationship between self-efficacy and social support on coping with stress and coping with stress behaviors of nurses working in Pramongkutklao Hospital. Journal of Health Science Research. 2016;10(2):1-7. (in Thai).

ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค ต่อความพึงพอใจ ความ มั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล

พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร* อุบล สุทธิเนียม** เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล**

บทคัดย่อ

บทนำ : การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล แต่ในประเทศไทยมีการศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในภาวะวิกฤตจำนวนน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค ต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 162 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 84 คน และกลุ่มสังเกตการณ์ จำนวน 78 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โจทย์สถานการณ์ภาวะช็อค แบบสอบถามความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองในการเรียน และแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิก เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงกับหุ่นเสมือนจริงสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์มีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่มีการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล ทั้งนี้ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์มีความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกไม่แตกต่างกัน

สรุปผล : สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในกรณีที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับหุ่นเสมือนจริงสูงสามารถจัดให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้จากการสังเกตการณ์

คำสำคัญ : การตัดสินใจทางคลินิก นักศึกษาพยาบาล ความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: panarut.w@bcn.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of Simulation-Based Learning for Nursing Practicum Preparedness for Patients with Shock on Students' Satisfaction, Self-confidence in Learning, and Clinical Judgment of Nursing Students

Panarut Wisawatapnimit* Ubol Suttineam** Smerchan Teerawatskul**

Abstract

Background: Simulation-Based Learning (SBL) enhances learning of nursing students. However, in Thailand, there have been few studies that examined the effects of SBL in critical conditions.

Objectives: To compare the effects of SBL for nursing practicum preparedness for patients with shock on students' satisfaction, self-confidence in learning, and clinical judgment of nursing students between nursing practice and observation groups.

Methods: This study used a quasi-experimental research design. The sample group comprised 162 third year nursing students, from the Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, which were divided into 2 groups: 84 students for the nursing practice group and 78 students for the observation group. Research instruments for collecting data include the SBL model, scenario of shock, questionnaires for examining students' satisfaction, and students' self-confidence in learning, and clinical judgment assessment. Data were collected by managing SBL using high-fidelity simulation. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

Results: The nursing practice and observation groups rated their satisfaction and self-confidence in learning at high levels. Most students of these two sample groups had clinical judgment at an accomplished level. Satisfaction, self-confidence in learning, and clinical judgment between the nursing practice and observation groups showed no differences.

Conclusions: Nursing educational institutions should promote SBL. In the case of limitations related to the number of high-fidelity simulations, some nursing students can learn by observation.

Keywords: clinical judgment, nursing student, satisfaction, self-confidence in learning, simulation-based learning

*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand,
E-mail: panarut.w@bcn.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี จัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษา แห่งชาติและมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560¹ ซึ่งมุ่งเน้นให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวมเพื่อความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ โดยนักศึกษาพยาบาลต้องได้รับการ จัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติทั้งใน สถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถาบันการศึกษา พยาบาลทั้งในและต่างประเทศ มีการจัดการ เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ในห้อง ปฏิบัติการพยาบาลก่อนหรือร่วมกับการฝึก ปฏิบัติกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์ จริงโดยใช้สถานการณ์ที่หลากหลาย²⁻⁴ รวมทั้ง การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่วิกฤตและ ซับซ้อน⁵⁻⁶ ทั้งนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการ วิจัย พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือน จริงช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลทางด้าน ความรู้^{3, 7-8} ทักษะทางการพยาบาล⁷ ทักษะการ ตัดต่อสื่อสาร การตัดสินใจทางคลินิก^{7,9} ความ พึงพอใจ^{3, 6-7} ความมั่นใจ^{2,3,6-8} และทักษะการคิด การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหา⁵ โดยการ เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสูงช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ ความพึงพอใจ ความมั่นใจในการเรียน³⁻⁴ และการตัดสินใจทาง คลินิกสูงกว่าการเรียนการสอนแบบปกติ⁹ รวมทั้งนักศึกษายังได้รับประสบการณ์การดูแล จากอาจารย์ผู้สอน¹⁰

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือน จริง เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนวิธีหนึ่งที่ บูรณาการการใช้เทคโนโลยีทางการศึกษา

ภายใต้บรรยากาศการเรียนรู้จากประสบการณ์ จริง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การแนะนำ ก่อนปฏิบัติ การปฏิบัติในสถานการณ์กับ หุ่นเสมือนจริงสูง และการสรุปการปฏิบัติ⁶ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ หลักสูตรกำหนด สามารถลดข้อจำกัดในการ ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยในบางประเด็น อาทิเช่น ความไม่เพียงพอของแหล่งฝึก และ จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพตามที่หลักสูตร กำหนดในช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติ⁷ ทั้งนี้ ใน ปัจจุบันมีการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้มี ข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อส่งเสริม ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและนักศึกษา พยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติ การจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจึงเป็นการเรียน การสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญในการเตรียม ความพร้อม และเพิ่มทักษะประสบการณ์ในการ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นสำคัญภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ เรียนรู้จากสภาพจริง¹¹ จึงได้จัดการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้หุ่นเสมือนจริงสูง ในห้องปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนหุ่นเสมือนจริงสูง และห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงที่มี จำนวนเพียง 1 ห้อง ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุจึงจัดการเรียนรู้ โดยวิธีนี้เฉพาะ ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน และในการเข้า เรียนจะมีการแบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาลเป็น กลุ่มย่อยประมาณ 8 คน ซึ่งนักศึกษาในกลุ่ม ย่อยนี้จะแบ่งเป็นกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ เข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จริงครบทั้ง

3 ขั้นตอน จำนวน 4 คน ต่อกลุ่ม และกลุ่มสังเกตการณ์จำนวน 3 - 4 คนต่อกลุ่ม ที่ได้เข้าร่วมการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 การแนะนำก่อนปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 3 การสรุปการปฏิบัติ ร่วมกับกลุ่มปฏิบัติการพยาบาล สำหรับขั้นตอนที่ 2 จะเป็นผู้สังเกตการณ์การปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลจะไม่สามารถมองเห็นกลุ่มสังเกตการณ์ได้ ทั้งนี้การจัดการเรียนรู้ในลักษณะนี้ทำให้นักศึกษาที่มีจำนวนมากสามารถได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงได้ครบทุกคน

จากการศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต¹² พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะทางด้านทักษะทางปัญญาดำกว่าทักษะทางด้านอื่นตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมาใช้เพิ่มทักษะการตัดสินใจทางคลินิกซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้การพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกจำเป็นต้องใช้การฝึกในสถานการณ์ที่เสมือนจริง และให้นักศึกษาพยาบาลสะท้อนคิดจากการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาความรู้และการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล¹³ จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ผ่านมาของคณะผู้วิจัย⁶ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น รวมทั้ง จากการสะท้อนคิดของ

นักศึกษาพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถช่วยพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน คือ คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเป็นจำนวนน้อย^{4,6} โดยเฉพาะการศึกษาผลทางด้านทักษะการตัดสินใจทางคลินิก⁷ รวมทั้งการวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงกับการเรียนการสอนแบบปกติ^{2-4,9} ยังไม่พบผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มสังเกตการณ์ซึ่งเป็นความจำเป็นของสถาบันการศึกษายพยาบาลที่มีทรัพยากร และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่จำกัด ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากภาวะช็อคเป็นภาวะวิกฤตที่พบบ่อยซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องประเมิน และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยคณะผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall⁴ มา

เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner¹³ มาใช้ในการประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มสังเกตการณ์

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์ที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค มีความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกไม่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม และวัดผลหลังการทดลอง (Two groups posttest design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี กรุงเทพ ปีการศึกษา 2561 ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ซึ่งเน้นการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ในภาคการศึกษาที่ 2 และภาคฤดูร้อน รวมจำนวน 162 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ทั้งนี้ ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีการแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 21 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน ตามแผนการฝึกภาคปฏิบัติของรายวิชา และในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของแต่ละกลุ่มย่อยมีการแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวน 84 คน และกลุ่มสังเกตการณ์จำนวน 3-4 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวน 78 คน ทั้งนี้ การเลือกเข้ากลุ่มปฏิบัติการพยาบาลหรือกลุ่มสังเกตการณ์เป็นความสมัครใจของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละกลุ่มย่อย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างของการวิจัยได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในภาคการศึกษาที่ 2 หรือภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2) ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคในระยะวิกฤต และ 3) ยินดีเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัครวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งสร้างโดยคณะผู้วิจัย⁶ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การแนะนำก่อนปฏิบัติ การปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูง และการสรุปการปฏิบัติรูปแบบการเรียนรู้ที่มีค่าดัชนี

ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .91 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ .91⁶

1.2 โจทย์สถานการณ์เสมือนจริง เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการเสียน้ำ (Hypovolemic shock) ซึ่งสร้างโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ มีการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ .95

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียน คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลจากแบบสอบถาม ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษา ในส่วนของความพึงพอใจในการเรียน ซึ่งสร้างโดย National League for Nursing¹⁴ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการแปลและปรับเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก¹⁵ แบบสอบถามนี้มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทุกข้อ โดยคะแนนที่มีค่าสูง หมายความว่า ตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 1.00 และความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .94 และ .71⁶ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ หาค่าความเที่ยงของตัวอย่างจำนวน 162 คน ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .76

1.3 แบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการเรียน คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลจากแบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษา ในส่วนของความมั่นใจในตนเองในการเรียน ซึ่งสร้างโดย National League for Nursing¹⁴ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการแปลและปรับเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก¹⁵ แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทุกข้อ โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่า ตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนในระดับมาก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ .88 และความเที่ยงเท่ากับ .78⁶ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ค่าความเที่ยงของตัวอย่างจำนวน 162 คน เท่ากับ .68

1.4 แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิก คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของ Lasater (Lasater Clinical Judgment Rubric)¹⁶ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนของการแปลและปรับเครื่องมือขององค์การอนามัยโลก¹⁵ แบบประเมินนี้แบ่งการตัดสินใจทางคลินิกออกเป็น 4 ระยะ คือ การสังเกต การแปลข้อมูล การตอบสนอง และการสะท้อนคิด รวมจำนวน 11 ข้อ ในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามระดับของการพัฒนา ออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับเริ่มต้น กำลังพัฒนา สมฤทธิ์ผล หรือเป็นแบบอย่าง โดยกำหนดคะแนนตามระดับ จากระดับเริ่มต้นได้ 1 คะแนน ถึงระดับแบบอย่างได้ 4 คะแนน ดังนั้น ค่าต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 44 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับการตัดสินใจทางคลินิก แบ่งเป็น 4 ระดับ

คือ คะแนน 11 ระดับเริ่มต้น (Beginning) คะแนน 12 - 22 ระดับกำลังพัฒนา (Developing) คะแนน 23 - 33 ระดับสัมฤทธิ์ผล (Accomplished) และคะแนน 34 - 44 ระดับเป็นแบบอย่าง (Exemplary)¹⁷

แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของ Lasater ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา¹⁶ และความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ตั้งแต่ .73-.98¹⁷ การวิจัยครั้งนี้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และความชัดเจนของภาษาเท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของตัวอย่างจำนวน 162 คน เท่ากับ .84

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์การวิจัยและติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม. ที่ได้รับมอบหมายให้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในภาคการศึกษาที่ 2 และภาคฤดูร้อนที่มีคุณลักษณะตรงตามการคัดเข้าของตัวอย่างเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และเชิญชวนในการเป็นอาสาสมัครการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลในตัวอย่างโดยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง ในวันปฐมนิเทศรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 7 - 8 คน ตามหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจากอาจารย์ผู้ประสานงานวิชาในการฝึกภาคปฏิบัติ ทั้งนี้มีการแบ่งนักศึกษาในแต่ละกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 คนต่อกลุ่ม เพื่อปฏิบัติ

บทบาทหัวหน้าทีม หัวหน้าเวร สมาชิกทีม และผู้จัดบันทึก บทบาทละ 1 คน สำหรับกลุ่มสังเกตการณ์มีจำนวน 3 - 4 คนต่อกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การแนะนำก่อนปฏิบัติ การปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูง และการสรุปการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลเข้าร่วมการเรียนรู้ครบทั้ง 3 ขั้นตอน สำหรับกลุ่มสังเกตการณ์เข้าร่วมการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 และ 3 แต่ในขั้นตอนที่ 2 สังเกตการปฏิบัติของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลในห้องสังเกตการณ์ซึ่งเป็นห้องกระจกแบบเห็นทางเดียว ทั้งนี้มีการขออนุญาตในการบันทึกเทปวิดีโอทัศนการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมของตัวอย่าง เพื่อนำเทปวิดีโอที่บันทึกไว้มาเปิดในขั้นตอนการสรุปการปฏิบัติเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ตัวอย่าง หลังจากนั้น ตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที ทั้งนี้ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 23 มกราคม - 12 มิถุนายน 2562 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม โดยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จากตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มสังเกตการณ์ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เลขที่ COA. No. 2562-03 วันที่ 16 มกราคม 2562

ผลการวิจัย

กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.50 และ 93.60 ตามลำดับ) อายุ 21 ปี (ร้อยละ 67.90 และ 64.10 ตามลำดับ) กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์มีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม เท่ากับ 3.13 (SD = 0.25, range = 2.50 - 3.80) และ 3.05 (SD = 0.23, range = 2.41 - 3.61)

ตามลำดับ

กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.59$, $SD = 0.42$ และ $M = 4.56$, $SD = 0.38$ ตามลำดับ) มีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.37$, $SD = 0.34$ และ $M = 4.35$, $SD = 0.35$ ตามลำดับ) และตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล (ร้อยละ 72.60 และ 76.90 ตามลำดับ) ทั้งนี้ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์มีความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์ (N = 162 คน)

ตัวแปร	กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล (n = 84)		กลุ่มสังเกตการณ์ (n = 78)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความพึงพอใจ	4.59	0.42	4.56	0.38	0.380	0.705
ความมั่นใจในตนเองในการเรียน	4.37	0.34	4.35	0.35	0.333	0.739
การตัดสินใจทางคลินิก	28.11	5.27	28.83	4.35	-0.953	0.342

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นอย่างมาก^{3,6-7} และมากกว่าเรียนการสอนแบบ

ปกติ⁴ ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลรู้สึกสนุกกับการเรียนโดยวิธีนี้³ และจากการศึกษาของ Briscos et al.⁸ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีความเครียดในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงน้อยกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 รวมทั้งรู้สึกปลอดภัยภายใต้การเรียนรู้โดยวิธีนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เคยผ่านประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลใน

หอผู้ป่วยมาก่อนในรายวิชาอื่นจึงทำให้เกิดความคุ้นเคยในการฝึกปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคเป็นครั้งแรกในสถานการณ์เสมือนจริงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดน้อยกว่าการฝึกกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงและมีความพึงพอใจในการเรียนมากขึ้น ทั้งนี้ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์ มีโอกาสเรียนรู้จากสถานการณ์ผู้ป่วยเดียวกันและร่วมในกระบวนการสะท้อนคิด เพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกันจึงทำให้ความพึงพอใจในการเรียนไม่แตกต่างกัน

กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์มีความมั่นใจในตนเองในการเรียนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^{2-3,6-8} ทั้งนี้อธิบายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall⁴ ได้ว่า ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มผ่านการใช้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม และได้รับการพัฒนาแนวคิดที่เป็นนามธรรมจากการเรียนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคในภาคทฤษฎีมาก่อน ดังนั้น เมื่อตัวอย่างได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงผ่านการทดลองปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงหรือการสังเกตการณ์อย่างใกล้ชิด ร่วมกับการได้รับการสะท้อนคิดในช่วงเวลาของการสรุปการฝึกปฏิบัติเพื่ออภิปรายเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน ส่งผลให้ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เสมือนจริง นอกจากนี้ ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ยังได้เข้าร่วมในขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ทำให้มีความมั่นใจในตนเองในการเรียนในระดับสูง และไม่แตกต่างกัน

สำหรับการตัดสินใจทางคลินิก ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกได้^{7,9} ทั้งนี้อธิบายได้จากแนวคิดของ Tanner¹³ ที่ว่าการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลเกิดจากกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตเห็น (Noticing) การแปลข้อมูล (Interpreting) การตอบสนอง (Responding) และการสะท้อนคิด (Reflecting) ทั้งนี้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิก เนื่องจากตัวอย่างได้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของหุ่นเสมือนจริงสูงและได้รับข้อมูลจากโจทย์สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะภาวะช็อค เช่น สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องทดลอง และการรักษาจากแพทย์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการแปลข้อมูลที่ได้รับโดยใช้พื้นฐานความรู้ของตนเอง และตอบสนองโดยการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นเสมือนจริงสูง ในขั้นตอนการสรุปการปฏิบัติ มีการให้ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันสะท้อนคิดการกระทำ (Reflection-on-action) โดยการวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับข้อดีและแนวทางการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ในกรณีที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคในสถานการณ์จริงในอนาคต ซึ่งการสะท้อนคิดช่วยเชื่อมโยงความรู้จากประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่จึงช่วยพัฒนาความรู้ทางคลินิก

และการตัดสินใจทางคลินิกในสถานการณ์ที่เผชิญในอนาคตให้กับนักศึกษาพยาบาลได้¹³ ทั้งนี้ ยังช่วยให้ผู้เรียนและผู้สอนวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลใหม่ รวมทั้งขยายความรู้ ส่งผลให้เพิ่มทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เรียนได้¹⁰ นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ใช้การสะท้อนคิดแบบรายกลุ่มซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการเล่าเรื่อง (Narrative learning) ที่เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการให้เหตุผลสำหรับนักศึกษาพยาบาลซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจทางคลินิกต่อไป¹⁶ ดังนั้น การตัดสินใจทางคลินิกของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล เนื่องจากตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีของรายวิชานี้มาก่อนรวมทั้งมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมาก่อนแล้วจึงมีการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล เพราะระดับการตัดสินใจทางคลินิกจะพัฒนาสูงขึ้นตามความรู้และประสบการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลได้รับ^{13,16}

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการวิจัยเนื่องจากมีการใช้โจทย์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคเพียงสถานการณ์เดียวจึงไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์รายวิชาทั้งหมด และมีการวัดผลการเรียนรู้เพียงครั้งเดียว ดังนั้น ผลการวิจัยจึงไม่ครอบคลุมผลการเรียนรู้ของทั้งรายวิชา นอกจากนี้ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก นอกจากนี้ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เนื่องจากข้อจำกัดของแผนการจัดการศึกษา ทำให้ไม่สามารถกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์ให้คล้ายกันได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยให้นักศึกษาที่มีความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคได้ ทั้งนี้ ในกรณีที่มีผู้เรียนจำนวนมากและมีข้อจำกัดทางด้านห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงและหุ่นเสมือนจริงสูง ในขั้นตอนของการปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูงสามารถแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มสังเกตการณ์ได้ โดยในขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติและการสรุปการปฏิบัติควรจัดให้ผู้เรียนทั้ง 2 กลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทั้งนี้ การเรียนรู้โดยวิธีนี้ใช้งบประมาณสูง เนื่องจากหุ่นเสมือนจริงสูงมีราคาแพง และต้องมีการจัดสถานที่และอุปกรณ์ในการเรียนรู้ให้เสมือนจริงอีกด้วย ดังนั้น ผู้สอนอาจบริหารจัดการกลุ่มของผู้เรียนให้มีบางส่วนเป็นผู้สังเกตการณ์ในขั้นตอนของการปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูงได้ เพื่อช่วยลดระยะเวลาของการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนที่มีจำนวนมาก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการเรียนรู้ระหว่างการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้โจทย์สถานการณ์หลายโจทย์

ที่มีความหลากหลาย และครอบคลุม
วัตถุประสงค์รายวิชากับการฝึกปฏิบัติใน
สถานการณ์จริง เพื่อเตรียมความพร้อมในการ
ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของ
โควิด 19 ซึ่งอาจจะต้องใช้การเรียนรู้ใน
สถานการณ์เสมือนจริงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ที่ให้ทุน
สนับสนุนการวิจัยและสนับสนุนการดำเนินการ
วิจัยในครั้งนี้

References

1. Office of the Council of State. Announcement of the Ministry of Education Study Subject: Bachelor's degree qualification standards Nursing Science. [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 10]. Available from <http://www.mua.go.th/users/tqfhd/news/data6> (in Thai).
2. Khamwong M, Kunlaka S, Sirimai, W, Noochusuk, C. Effect of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication practice of nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):201-12. (in Thai).
3. Wuttisakpisarn S, Chudjuajeen S, Taonoi K. Effects of high- fidelity simulation based learning for preparation of practice on knowledge, satisfaction, and self-confidence of nursing students. Journal of Health Science Research. 2020;14(2): 70-81. (in Thai).
4. Hall RM. Effects of high fidelity simulation on knowledge acquisition, self- confidence, and satisfaction with baccalaureate nursing students using the Solomon-four research design [Electronic Doctoral dissertation] . Johnson City: East Tennessee State University; 2013. [cited 2016 Oct 20]. Available from <http://dc.etu.edu/etd>.
5. Kanhadilok S, Punsumreung T. Simulation based learning: Design for nursing education. Journal of Nursing and Education. 2016;9(1);1-14. (in Thai).
6. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Kiatseesakul J. Effect of simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self- confidence in learning of the third year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35 (2):224-34. (in Thai).
7. Norman J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. ABNFJ. 2012;23(2):24-8.
8. Briscoe J, MacKay B, Harding T. Does simulation add value to clinical practice? Undergraduate student nurses' perspectives. Kai Tiaki Nursing Research. 2017;8(1):10-5.
9. Yang F, Wang Y, Yang C, Zhou MH, Shu J, Fu B, et al. Improving clinical judgment by simulation: A randomized trial and validation of the Lasater clinical judgment rubric in

- Chinese. BMC Med Educ. 2019;19(1):20.
10. Ward GD, Robinson L, Ware LJ. The lived experience of nursing students participating in high- fidelity simulation at a school grounded in caring. Int J Hum Caring. 2017;21(4):200-7.
11. Praboromarachonok Institute, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Program specification of Bachelor of Nursing Science (Revised in 2012). [Unpublished document]; 2012. (in Thai).
12. Dhabdhimsri V, Kemkhan P, Vanich W, Huengwattanakul P. The desired characteristics of graduate for Thailand qualifications framework and identities of graduates in bachelor of nursing science program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok as perceived by their supervisors. 2019;35(1):252-63. (in Thai).
13. Tanner CA. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006; 45(6):204-11.
14. National League for Nursing. Descriptions of available instruments. [Internet]. 2005 [cited 2016 Dec 5]. Available from <http://www.nlnorgprofessional-development-programs/research/tools-and-instruments/descriptions-of-available-instruments>.
15. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 5]. Available from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools /translation/en/
16. Lasater K. Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. J Nurs Educ. 2007;46(11):496-503.
17. Victor-Chmill J, Larew C. Psychometric properties of the lasater clinical judgement rubric. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2013; 10(1):45-52.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สมพร พงษ์ทวีศักดิ์* ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม** สุนา ยวดยง***

บทคัดย่อ

บทนำ : สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี และ 2) ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเวชระเบียน และสนทนากลุ่ม 2) พัฒนารูปแบบโดยสังเคราะห์ผลจากระยะที่ 1 ร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณีและแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ทดลองใช้รูปแบบการดูแล 4) นำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผล ตัวอย่าง ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 40 คน ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงและผู้ดูแลกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความคิดเห็นพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจ สหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล และบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ภายหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้มากที่สุด ($M = 120.27$, $SD = 3.87$), ($M = 4.51$, $SD = 0.44$) ตามลำดับ สหสาขาวิชาชีพพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.30$) ผู้ดูแลพึงพอใจมาก ($M = 4.48$, $SD = 0.30$) และผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ภาวะแทรกซ้อนลดลง

สรุปผล : การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนลดลง

คำสำคัญ : การพัฒนาการดูแล สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, E-mail: qaicuspnk@hotmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Development of care for patients with moderate to severe traumatic brain injury at Pranangklaao Hospital

Somporn Plucktaweesak* Yupawan Thongtanunam** Sumana Yuadyong***

Abstract

Background: Moderate to severe brain injury is a leading cause of injury-related death and disability.

Objectives: The aim was to develop a care model for moderate to severe trauma patients using case management and to evaluate the effect of the model.

Methods: This research and development study included 4 phases, including to: 1) analyzing the situation using a review of medical records and conducting focused groups, 2) development of care by synthesizing the results from phase 1 by using case management and nursing practice guidelines, 3) testing the tentative model, and 4) implementing and evaluating the results. The sample consisted of a 12-person multidisciplinary team, 40 registered nurses, 30 patients with moderate to severe brain injury and caregivers. The data were collected using the following questionnaires: knowledge related of nursing care of traumatic brain injury, nursing performance in accordance with the care model, satisfaction of multidisciplinary staff and caregivers, and a record of clinical outcomes. Data were analysed with descriptive statistics and Paired t-tests, whereas qualitative data were analysed using content analysis.

Results: After using the development of care model for patients with moderate to severe traumatic brain injury, the level of knowledge among nurses was significantly higher significant ($p < .01$). The nurses were able to perform and agree in accordance with the care model at highest level ($M = 120.27$, $SD = 3.87$), ($M = 4.51$, $SD = 0.44$), respectively, and were most satisfied with the model implementation ($M = 4.68$, $SD = 0.30$). The caregivers' satisfaction was at high level ($M = 4.48$, $SD = 0.30$). The clinical outcomes revealed that complications had decreased.

Conclusions: Caring for patients with moderate to severe brain injury using case management and nursing practice guidelines can reduce mortality and the incidence of complications.

Keywords: development of care, moderate to severe traumatic brain injury

*Nurse Pranangklaao Hospital, E-mail: qaicuspnk@hotmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

***Nurse Pranangklaao Hospital

บทนำ

สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง จากแรงกระทบจากภายนอก ผู้ป่วยอาจสูญเสียความรู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการสูญเสียความจำ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจในขณะเกิดเหตุ ทำให้เกิดความผิดปกติชั่วคราวหรือถาวรทั้งทางร่างกาย การรู้คิด เซอร์วิชั่น และการทำหน้าที่ในสังคม มีอุบัติการณ์ พบว่า อัตราตายคิดเป็น 36.20 ต่อ 100,000 ประชากร¹ โดยสาเหตุเกิดจากได้รับบาดเจ็บจากการจราจรมากที่สุด² จากการศึกษารายงานข้อมูลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บประชากรทั่วโลกราว 20-50 ล้านคนบาดเจ็บจากจราจร ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกสูงถึง 518 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และเสียชีวิตราว 1.25 ล้านคนต่อปี³

ประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และสูงเป็นอันดับแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวน 660,888 ราย เสียชีวิต 11,389 ราย ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 831,118 ราย เสียชีวิต 9,815 ราย และปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,002,193 ราย เสียชีวิต 15,256 ราย และพบว่า อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ขับขี่โดยไม่ได้สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราร้อยละ 36.96⁴ ทำให้เกิดสมองบาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 51.10 เกิดความพิการร้อยละ 4.60 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล⁵ จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่อยู่ในเขตปริมณฑล มีการเดินทางสะดวกเชื่อมต่อกับหลายจังหวัด สถิติการเกิด

อุบัติเหตุทางจราจร พบว่า ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 3,496 ราย เสียชีวิต 186 ราย ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 3,974 ราย เสียชีวิต 169 ราย และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 4,489 ราย เสียชีวิต 162 ราย⁶ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงมีระดับ Glasgow coma scale (GCS) 3-8 คะแนนเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองและสมองบวมร้อยละ 56 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง (GCS) 9-12 คะแนน ซึ่งหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที และได้รับการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระดับรุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้

บริบทโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 515 เตียงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดใกล้เคียง สถิติการรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 546,615 และ 556 ราย ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 19.78, 12.36 และ 16.19 ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัด 71, 45 และ 63 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 165, 166 และ 142 ราย ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 49.70, 36.75 และ 38.03 ตามลำดับ มากกว่าร้อยละ 50.00 เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง ได้รับการผ่าตัด จำนวน 63, 39 และ 57 ราย ตามลำดับ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ มีการติดเชื้อเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator association pneumonia: VAP) พบอัตราการติดเชื้อ 5.79,

15.74 และ 12.95 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 4.35, 6.67 และ 11.59 ตามลำดับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 8.82, 10.72 และ 11.94 ต่อ 1000 วันที่ใส่สายสวนปัสสาวะ อัตราการเกิดแผลกดทับ 3.21, 5.07 และ 7.51 ต่อ 1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน และไม่ได้รายงานแพทย์ทันทีจำนวน 14, 17 และ 9 ครั้งตามลำดับ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17, 19 และ 15 วันตามลำดับ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือด จากแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และทบทวนในปี พ.ศ. 2554 โดยใช้แนวทางของราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย และมาตรฐานการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อมูลผลการดูแลที่ผ่านมา พบว่ายังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่องของการประสานงานและการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ วางแผนการดูแลผู้ป่วยประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ การติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด⁸ ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงอย่างมีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดี

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณีเนื่องจากเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีความรู้ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ นอกจากนี้ยังได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อีกทั้งได้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

สถานที่วิจัย ได้แก่ หออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จากหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรม 23 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 17 คน จำนวน 40 คน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจำนวน 7 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 3 ปี ประสาทศัลยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคม ผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงไม่มีบาดเจ็บร่วมที่ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ไม่มีการขาดเจ็บช่องอก ช่องท้อง และภาวะสมองตาย และผู้ดูแลกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัยและผู้จัดการรายกรณี ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 ด้าน ผู้ให้บริการ ได้แก่ แบบทดสอบปรนัยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 24 ข้อ ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC

เท่ากับ .67-1.00 หาความเที่ยงโดยวิธี KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง และแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดปานกลางถึงรุนแรง ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 67-1.00 หาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคได้เท่ากับ .93 และ .81 ตามลำดับ

2.2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ประเมินความทรงจำเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 หาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .79 และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ 6234 ลงวันที่ 24 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงให้ตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระต่อการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ (1 พฤษภาคม 2562 ถึง 31 มีนาคม 2563) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (พฤษภาคม-มิถุนายน 2562) ดำเนินการศึกษา

ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมอง บาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การทบทวน เวย์ระเบียบผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึง รุนแรงย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวย์ระเบียบผู้ป่วยในที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป และจำหน่ายในเดือน มกราคม- มีนาคม 2562 จำนวน 30 ฉบับ และดำเนินการ สหราชอาณาจักรระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยสาขา ศัลยกรรมประกอบด้วย ประสาทศัลยกรรม แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หัวหน้าหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และพยาบาล วิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวมทั้งสิ้น 7 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง (กรกฎาคม 2562-กันยายน 2562) ดำเนินตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ โดยพบประเด็นที่ต้องพัฒนาคือ การ ขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปาน กลางถึงรุนแรง และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไม่เป็นปัจจุบัน โดยพบว่า การเฝ้าระวัง และ ติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมระดมสมองทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง ถึงรุนแรงอย่างเป็นขั้นตอน แต่งตั้งพยาบาล วิชาชีพผู้จัดการรายกรณีจำนวน 7 คน เป็นตัวแทน ในการร่วมทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม โดย สืบค้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปาน กลางถึงรุนแรงและพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาล ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดระดับความน่าเชื่อถือ (level of evidence) รวมทั้งนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) ตามแนวทางของสถาบันโจ แอนนาบริกส์⁹ (The Joanna Briggs Institute) ได้หลักฐานผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการนำมา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมอง บาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงใช้หลัก PICO (Population, intervention, comparison, Outcome) framework จำนวน 10 ฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยและทีมร่วมสหนา กลุ่มสาขาศัลยกรรม และจัดอบรมพยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติ พัฒนาคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย สมองบาดเจ็บ ได้นำเสนอรูปแบบการดูแลและ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีและทดลองใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล (ตุลาคม 2562) ตัวอย่าง 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลการนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลาง ถึงรุนแรงที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง (พฤศจิกายน 2562-มีนาคม 2563) ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของกลุ่ม สหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล ประเมิน ความรู้ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นแนว ปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ดูแล และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการสรุปประเด็นและตีความ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในช่วง 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2562 จำนวน 30 รายพบว่า ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 40.2 ปี ($M = 40.2$, $SD = 17.72$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 30.00 การปฏิบัติการพยาบาล ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบพบว่า การประเมินระดับความรู้สีกตัว (GCS) ไม่ถูกต้องตรงกัน การจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาไม่ได้ตามที่กำหนด การดูแลระบบหายใจไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน การจัดการเรื่องไข้และการจัดการความปวดไม่มีเครื่องมือประเมินชัดเจน การฟื้นฟูสมรรถภาพล่าช้าไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพเวชกรรมสังคมไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลลัพธ์คุณภาพบริการ พบว่ามีอุบัติการณ์การประเมินระดับความรู้สีกตัว

GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนที่ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที เกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเรื่องของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตาย

การสนทนากลุ่มบุคลากรสาขาศัลยกรรม พบประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่เป็นปัจจุบัน การปฏิบัติการพยาบาลมักทำตามประสบการณ์ และให้บริการสุขภาพไม่ตรงกันระบบการดูแล การเฝ้าระวัง และติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน อีกทั้งยังมีการขยายเตียงรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีภาระงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีผู้ประสานงานหลักระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ DMETHOD-P แต่พยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้รูปแบบการดูแลที่มีการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน โดยเน้นการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย และ

จิตใจ ครอบคลุมการดูแลทั้งในระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก กับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ 11 หมวดดังนี้ หมวด 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีได้ทำการสอนและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการประเมิน GCS ให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ฝึกทักษะการประเมิน GCS ให้ถูกต้อง เมื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์ทันที หมวด 2) การพยาบาลระบบหายใจ มีการยืดตึงท่อช่วยหายใจและเผื่อระยะวังเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างใกล้ชิด และวัดความดันของถุงลมท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) ทุกเวร ใส่ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปาก (oropharyngeal airway) ทุกราย ดูแลให้ O_2 100 % ก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง จัดวางสายเครื่องช่วยหายใจในระดับสูงขึ้น เพื่อป้องกันการไหลย้อนของเสมหะ และไม่ให้มีละอองน้ำในสาย มีการลงบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน เช่น การบันทึกขนาดและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ปริมาตรลมใน cuff pressure โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำการตรวจสอบข้อมูลทุกเวร หมวด 3) การพยาบาลภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา โดยมีการวัดระดับองศาให้ได้ตามเกณฑ์ ติดตามควบคุมความดันโลหิต และให้ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะตามแผนการรักษา หมวด 4) การดูแลแผลผ่าตัดที่มีสายท่อ

ระบาย โดยยึดติดไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ให้มีการเลื่อนหลุด ไม่นอนทับบริเวณแผล สังเกตลักษณะของ flap แผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกใน Radivac drain > 200 ซีซีต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที หมวด 5) การจัดการความปวด ได้นำมาตรวัดพฤติกรรมความปวด (Behavior Pain Assessment Scale) มาใช้ ทำให้สามารถประเมินได้ถูกต้องตรงกัน และให้การดูแลโดยให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา หมวด 6) การพยาบาลลดไข้ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชม. ได้จัดหาเจลเย็นเพิ่ม เพื่อใช้ในการประคบบริเวณศีรษะและคอ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหนาวสั่น และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา หมวด 7) การดูแลสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ดูแลผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา หากมีค่าความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที และมีการบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกทุกเวร หมวด 8) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ มีแนวทางการประเมินภาวะโภชนาการบกพร่อง โดยประสานงานกับโภชนบำบัดของโรงพยาบาล ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางภายใน 24-48 ชั่วโมง หมวด 9) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การดูแลป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP bundle care) การดูแลสายสวนปัสสาวะสามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ทันทีที่ไม่จำเป็นต้องใส่ การเกิดแผลกดทับ ประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล หมวด 10) การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบให้การดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลอาการ แผนการรักษา และเมื่อ

ญาติต้องการพบแพทย์ให้ดำเนินการพบแพทย์ทันที และหมวด 11) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพได้ประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ติดตามนักกายภาพบำบัดให้การดูแลต่อเนื่องเช่น การบริหารป้องกันกดแผล การออกกำลังกายโดยมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (passive exercise) และการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD-P ซึ่งประกอบด้วย D = Diagnosis เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M = Medication การแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ E = Environment เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย T = Treatment หมายถึง แผนการรักษา H = Health เป็นการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ O = Out patient หมายถึง การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน กรณีภาวะฉุกเฉิน D = Diet หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และ P = Psychological supports เป็นการดูแลด้านจิตใจ และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว โดยหออภิบาลระบบทางเดินหายใจศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี

ได้ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพจากเวชกรรมสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการเตรียมผู้ดูแลให้มีการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 1 สัปดาห์ก่อนกลับบ้าน และมีการประเมินผลว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่กำหนด ทั้งนี้ได้มีการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบในการประชุมสาขาศัลยกรรมประจำเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ และเหมาะสมในการนำไปใช้จริงต่อไป

ส่วนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
สมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง การประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการแบ่งได้เป็น 3 ด้าน

3.1 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงก่อนและหลังพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนา $M = 14.28$, $SD = 2.78$ และหลังพัฒนา $M = 18.25$, $SD = 2.51$ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนา (N=40)

คะแนนเฉลี่ยของความรู้	M	SD	t	p
ก่อนพัฒนา	14.28	2.78	14.516	.000*
หลังพัฒนา	18.25	2.51		

* $p < .01$

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลระดับมากที่สุด ($M = 120.27$, $SD = 3.87$) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = 0.44$) และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน มีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ไปใช้ระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.30$)

3.2. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระดับมากที่สุด ($M = 4.48$, $SD = 0.30$)

3.3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราตายลดลง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนารูปแบบโดยใช้การจัดการรายกรณี และ
 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงไปใช้ (N=30)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
1. อุบัติการณ์การประเมิน GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนที่ไม่ได้รายงานแพทย์ทันที	6 ครั้ง	2 ครั้ง
2. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	17.02:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	5.03:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	ร้อยละ 7.41	ร้อยละ 2.53
4. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	17.93:1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ	0:1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ
5. อัตราการเกิดแผลกดทับ	5.81:1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง	1.44:1000 วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	12.4 วัน	11.0 วัน
7. อัตราตาย	ร้อยละ 36.67	ร้อยละ 26.67

อภิปรายผล

ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำข้อมูลสถานการณ์การดูแลจากบริบทของการปฏิบัติงาน มาใช้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และตรงตามประเด็นปัญหาของหน่วยงาน เนื่องจากการจัดการรายกรณีได้เน้นกระบวนการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้คุณภาพของผลลัพธ์บริการดูแลต่อเนื่องดีขึ้น⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำปัญหาสมรรถนะการดูแลและการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการปรับปรุงงาน โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสาขา ศัลยกรรม และเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ทราบขั้นตอนกระบวนการดูแลที่ถูกต้อง ชัดเจน และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานหลัก

ซึ่งเป็นโครงสร้างใหม่ในทีมให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีโครงสร้าง และกระบวนการที่ชัดเจนสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย และความต้องการของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยอ้างอิงบนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน⁹

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรงไปใช้ โดยใช้การจัดการรายกรณี ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดีทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการมีความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากได้มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก

แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นมาตรฐานชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีในแต่ละหอผู้ป่วยทำการติดตามกำกับกับการปฏิบัติควบคุมดูแล และเป็นที่ปรึกษาในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ด้านผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลอาการและแผนการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งได้พบกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์คุณภาพบริการทางคลินิกพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง จากผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาของอัญชลี โสภณและคณะ¹⁰ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกในการนำมาใช้เป็นทิศทางเดียวกัน บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏกณันท์ ยุวดี และคณะ¹¹ พบว่า ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวทางที่กำหนดได้มากกว่าร้อยละ 80.00 พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก และผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

ร้อยละ 80.00 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์พร ชาวขมิ้น และคณะ¹² พบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากผลลัพธ์ทางคลินิก ไม่พบการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่พบการเกิดแผลกดทับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยและอัตราการตายลดลง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แอน โไทยอุดม และนที ลุ่มนอก¹³ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ระดับมาก ร้อยละ 67.80

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย รวมถึงมีการนำไปใช้ในทิศทางการให้บริการสุขภาพที่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดี ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายลดลง

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลางถึงรุนแรงไปใช้อย่างต่อเนื่อง ติดตามผลเป็นระยะ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ดี

References

1. Phuenpathom N, Srikijvilaikul T, editors. Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. 3rd rev. ed. Bangkok: Royal College of Surgeons of Thailand. 2019. (in Thai).
2. Roozenbree B, Mass AIR, Menon DK. Changing patterns in the epidemiology of Traumatic Brain Injury. *Nat Rev Neurol*. 2013;9(4):231–6.
3. Maas AIR, Menon DK, Lingsma HF, Pineda JA, Sandel ME, Manley GT. Re-orientation of clinical research in traumatic brain injury: report of an international workshop on comparative effectiveness research. *J Neurotrauma*. 2012;29(1):32-46.
4. Road Safety Collaboration Thai RSC. Road Safety Collaboration for Road Accident Victims Protection 2019 [Internet]. [cited 2019 Nov 9]; Available form: <http://www.thairsc.com/p77/index/12>.
5. Helmy A, Vizcaychipi M, Gupta AK. Traumatic brain injury: intensive care management. *Br J Anesth*. 2007;99(1):32-42.
6. Division of Non Communicable disease Department of Disease Control Ministry of Public Health. Road safety situation 2019 [Internet]. [cited 2019 Feb 20]; Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/injured.pdf>.
7. Pranangklaio Hospital. Report of Brain Injury Patient in 2016-2018. Pranangklaio Hospital medical Information Management of Pranangklaio Hospital. 2018. (in Thai).
8. Kestsumpun Y. Case management. 2016 [Internet]. [cited 2016 Jul 13]; Available form: <http://www.tmchnetwork.com/node/152>.
9. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [Internet]. [cited 2019 Jul 13]; Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files2019-05JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
10. Sopon A, Chumnanborirak P, Promtee P, Yutthakasemsunt S, Pochaisan O. The development model of severe traumatic brain injury: Case management study. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2017;29(3):126-38. (in Thai).
11. Yuwadee N, Pudpong J, Wongwikkarn N, Jansook N. The Development of a Case Management Model for Patients with Multiple Trauma, Uthai Thani Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2019;9(3):280-95. (in Thai).
12. Chaokhamin T, Pearkao C, Pho-ong J, Phumchumsaeng P. Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Severe Traumatic Brain Injury at Surgical Intensive Care Unit in Saraburi Hospital. *Journal Nursing Division*. 2018;45(2):5-28. (in Thai).
13. Thaiudom A, Lumnok N. Development and Evaluation of Evidence-based Nursing Protocol for Patients with Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of The Royal Thai Army Nursing*. 2018;19(3): 107-16. (in Thai).

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติ ต่อการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นิรุวรรณ เทิร์นโบล* วิลาวรรณ ซาตา** วิพา ชูปวา*** เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ**** สุทิน ชนะบุญ*****
เบญจพล แสงใส***** สุภาพร ชัยชาญวัฒนา***** นงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล*****

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมุ่งเน้นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยให้ชุมชนมีกลุ่มเฉพาะที่ดูแลเป็นกำลังสำคัญในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย : การศึกษาภาคตัดขวางในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 167 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ($r=.215$, $r=.213$, $p < .05$) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบด้านความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ทั้งสองด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระดับการศึกษาประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป

สรุปผล : ความรู้ และด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแล ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ปรับทัศนคติ และคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพื่อเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ทัศนคติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, E-mail: niruwan.o@msu.ac.th

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

***คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

****วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*****สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯโพรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

*****องค์การบริหารส่วนตำบลโพรงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

The relationship of knowledge and attitude towards elderly care practice of elderly caregivers

Niruwat Turnbull* Wilawun Chada** Wipa Chuppawa** Saowaluk Seedaket***

Sutin Chanaboon*** Benchapon Sangswai**** Supaporn Chaichanwattana*****

Nonglak Tangpratchayakun*****

Abstract

Background: The critical care of elderly focuses on preventing healthy older adults from becoming ill. Therefore, the organising care system for the elderly within a specific care group is an important force in the local community.

Objectives: 1) To study the relationship of knowledge and attitudes of caregivers to elderly care practice in Phon Ngam Sub-district administrative organization, Kamalasai District, Kalasin Province. 2) To compare the differences in knowledge, attitudes, and elderly care practice of the caregivers with educational levels.

Methods: The study was a cross-sectional study employing a group of 167 caregivers using structured interview. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Independent t-test.

Results: Most of the elderly caregivers were village health volunteers who had incomes below 5,000 baht per month. The knowledge of elderly caring was poor, the attitude towards caring for the elderly was at a good level, the elderly care practice was very good. Knowledge and attitudes toward caring for the elderly were positively correlated with a low level of elderly care practice ($r = .215$, $r = .213$, $p < .05$) respectively. The comparison of knowledge, attitude and caring for the elderly by caregivers classified by educational level showed that both knowledge and attitude were statistically significant ($p < .05$) at level of primary and lower secondary school with an average score less than the level of higher secondary school.

Conclusions: Caregiver's knowledge and attitude towards elderly care were related to elderly care practices. Therefore, the local authority and stakeholders should encourage and enhance caregiver knowledge to transform their attitude toward health care for the caregivers in order to achieve an improvement in practice for the effectiveness of sustainable care for the elderly.

Keywords: attitude, elderly caregivers, elderly care practice, knowledge

*Faculty of Public Health Mahasarakham University, E-mail: niruwat.o@msu.ac.th

**Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

***Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University

****Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province

*****Phon Ngam Sub District Chaloem Phrakiat Health Centre

*****Phon Ngam Sub District Administration Organization

บทนำ

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าโดยในปี 2562 มีประชากรผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 11.13 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมดโดยผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุดประมาณ 3.53 ล้านคน (ร้อยละ 16.04)¹ คาดว่าในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัว คือเป็น 20 ล้านคน² ซึ่งการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการจัดระบบสวัสดิการ และการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ การบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลผู้สูงอายุ จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม คาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ³

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน สภาวิชาชีพ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดฝึกอบรมความรู้และทักษะที่

จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่นแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และการฝึกอบรมผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุแก่บุคคลทั่วไป หรือบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดให้มี ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในปี 2561 มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 13,000 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 72,000 คน ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนแล้ว⁴

ข้อมูลจากการปกครองจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2562 จังหวัดกาฬสินธุ์เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรสูงอายุมีจำนวน 166,900 คน มีสัดส่วนถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2571 จังหวัดกาฬสินธุ์จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด เมื่อประชากรสูงอายุมีจำนวน 219,000 คน มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28.00 ของประชากร⁵ โดยในพื้นที่ตำบลโพธิ์งาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,326 คน ร้อยละ 20.97 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินนทราชินีตำบลโพธิ์งาม จำนวน 115 คน ซึ่งมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมของกรมอนามัยและได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงจำนวน 23 คน⁶ ผู้สูงอายุไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้ จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ที่กำลังสำคัญหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากงานวิจัยของ พัชรี เรือนศรี⁷ พบว่าความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของบุคลากรที่ดูแลสุขภาพ การศึกษาของ Bassah et al.⁸ ด้านความรู้และการปฏิบัติของผู้ช่วยเหลือดูแลในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติไม่ดีและต้องการโปรแกรมการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลศึกษาในประเทศอังกฤษ⁹ ในปีค.ศ. 1990 พบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาและไม่มีประสบการณ์ในการศึกษาในโรงเรียนจะมีทักษะในการดูแลต่ำถึงแม้ว่าในปี ค.ศ.1995 จะมีการรายงานว่ามีระบบการอบรมเพื่อให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่ก็พบว่าทักษะในการดูแลยังเป็นปัญหาอยู่

ดังนั้นกลุ่มผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ อบต.โพรงามถูกเลือกเป็นพื้นที่ตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น ดังนั้นกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver) ในกลุ่มที่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ (ผ่านการอบรมของกรมอนามัย) และกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็น อสม. ในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ โดยมีการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับระดับการศึกษา เพื่อจะได้นำผลของการศึกษาไปวางแผนในการจัดระบบการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์งาม อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2563

ข้อจำกัดในการวิจัย

การลงพื้นที่วิจัยในช่วงระยะเวลาที่เกิดสภาวะโรคระบาด (โควิด-19) ทำให้ช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัย และกลุ่มผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในช่วงสั้นๆ ในการเข้าสัมภาษณ์ในแต่ละราย จำกัดระยะเวลาในการเดินทาง เนื่องจากอยู่ในช่วงรัฐบาลประกาศภาวะฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง และกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล เพียง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัยได้รับค่าตอบแทนในการทำหน้าที่ และกลุ่มที่เป็น อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้รับค่าตอบแทนในหน้าที่ อสม. ทำให้ไม่

ครอบคลุมกับกลุ่มดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว หรือกลุ่มจิตอาสาอื่นๆ

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ตำบลโพรงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ถูกแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interviews) โดยทีมวิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแล ค่าดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 31 ข้อ คำถามแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่-ไม่ใช่-ไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูก หรือ ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน 3) แบบสัมภาษณ์ด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และเชิงลบจำนวน 7 ข้อ ตัวเลือกแบบวัดระดับความคิดเห็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ให้คะแนนตามลำดับจาก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน คะแนนผกผันกันในกรณีคำถามเชิงลบ และ

4) แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกจัดระดับการปฏิบัติ 5 ตัวเลือก (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย) ให้คะแนนเหมือนกับด้านทัศนคติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบ เพื่อหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) เท่ากับ .66–1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 35 คน และทดสอบความเที่ยงด้วยสูตร KR-20⁶ กับแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีค่า .72 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)⁷ กับแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ .81 และแบบประเมินการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ .88

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 045/2563 ลงวันที่ 30 เมษายน 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยจำนวน 13 คน โดยการคัดเลือกจากตัวแทน อสม. หมู่บ้านละ 1 คน ทำการอบรมเรื่องเทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในส่วนของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คะแนนเต็ม 31 คะแนน ด้วยการจัดระดับความรู้เป็น 5 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของ Bloom¹² ดังนี้ ระดับไม่ดี (ต่ำกว่า 19 คะแนน) ระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และระดับดี (มากกว่า 22 คะแนน) ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุจัดระดับคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 กลุ่มตามเกณฑ์ของ Best¹³ ดังนี้ ระดับไม่ดีมาก (1 – 1.80) ระดับไม่ดี (1.81 – 2.60) ระดับปานกลาง (2.61 – 3.40) ระดับดี (3.41 – 4.20) และระดับดีมาก (4.21 – 5.00) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมาน Pearson correlation coefficient โดยใช้เกณฑ์วัดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร¹⁴ คือ $-1 \leq r \leq 1$ แสดงความสัมพันธ์ 5 ระดับ คือ 1) ระดับความสัมพันธ์กันสูงมาก (ค่า r .90-1.0), 2) ระดับความสัมพันธ์กันสูง (ค่า r .70-.89), 3) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง (ค่า r .50-.69), 4) ระดับความสัมพันธ์กันต่ำ (ค่า r .30-.49), และ 5) ระดับความสัมพันธ์กันต่ำมาก (ค่า r .00-.29) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับระดับการศึกษา ด้วย Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิง (ร้อยละ 67.10) ส่วนใหญ่มีอายุในกลุ่มวัยกลางคน (35 – 59 ปี) (ร้อยละ 50.90) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.10) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 44.80) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 76.60) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 80.20) ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 78.40) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 48.80) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.10)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบว่า มีระดับความรู้ไม่ดี (ร้อยละ 44.30) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.30) และระดับดี (ร้อยละ 17.40)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.50) รองลงมา คือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 24.60)

การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือ ระดับดี (ร้อยละ 30.50) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N =167 คน)

ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่ดี (ต่ำกว่า 19 คะแนน)	74	44.3
ปานกลาง (19-22 คะแนน)	64	38.3
ดี (มากกว่า 22 คะแนน)	29	17.4
ระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.80)	0	0
ไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60)	2	1.20
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40)	13	7.80
ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20)	111	66.50
ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	41	24.60
ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่ดีมาก (1 – 1.80)	0	0
ไม่ดี (1.81 – 2.60)	3	1.80
ปานกลาง (2.61 – 3.40)	8	4.80
ดี (3.41 – 4.20)	51	30.50
ดีมาก (4.21 – 5.00)	105	62.90

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ
กับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ**

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ด้าน
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะต่อการ
การดูแลผู้สูงอายุ กับการปฏิบัติในการดูแล

ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรด้าน
ความรู้ และทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกใน
ระดับต่ำมากกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($r = .215$, $r = .213$, $p < .05$)
ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N=167)

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะ	การปฏิบัติ
ความรู้	1	.123	.215*
ทักษะ	.123	1	.213*
การปฏิบัติ	.215*	.213*	1

$P < .05^*$

การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระดับ การศึกษา ประถมศึกษา และ มัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ย 17.71 ± 6.15 ซึ่งน้อยกว่าระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 19.61 ± 6.10

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ย 57.18 ± 5.92 น้อยกว่าระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 60.11 ± 6.95

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .259$) โดยระดับ การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ย 84.83 ± 12.18 มัธยมศึกษาตอน ปลายขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 86.76 ± 9.40 ดัง แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา (N=167)

ตัวแปร	ประถมศึกษาและ มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลายขึ้นไป	t	P
	$M \pm SD$	$M \pm SD$		
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	17.71 ± 6.15	19.61 ± 6.10	1.984	.049
2. ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ	57.18 ± 5.92	60.11 ± 6.95	2.911	.004
3. การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ	84.83 ± 12.18	86.76 ± 9.40	1.132	.259

* $P < .05$

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของ ผู้ดูแลอยู่ในระดับไม่ดี ถึงแม้ว่าทักษะต่อการ ดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ระดับดี และการปฏิบัติในการ ดูแลผู้สูงอายุอยู่ระดับดีมาก แต่พบว่าทั้งความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของ ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กัน อภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีระดับความรู้ไม่ดี โดยเฉพาะมีข้อคำถาม รายข้อที่ผู้ดูแลยังตอบไม่ถูกต้อง เช่น หาก ผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือ ยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว ผู้สูงอายุควร หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง

การดูแลเมื่อเกิดอุบัติเหตุขณะผู้สูงอายุหลัก อาหาร ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลเคยผ่านการอบรมจากกรมอนามัย¹⁵ จำนวน 70 ชั่วโมงแค่เพียงหนึ่งครั้ง ซึ่งอาจจะทำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านการอบรม และผู้ดูแลบางส่วนที่มาจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมการดูแลแค่ทักษะพื้นฐานจึงทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เอี่ยมรัตน์ และคณะ¹⁶ ระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพนั้นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสาร และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษาซึ่งเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง ผลการวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุแต่ก็ควรตระหนักใน ด้านนี้ มีการศึกษาของ Miller et al.¹⁷ ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและความเครียดต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในสองมิติ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อ่อนแอจะเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผลการศึกษาครั้งนี้ได้เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามระดับการศึกษา

พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้เราต้องตระหนักว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ใจในการพัฒนากระบวนการให้ความรู้

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี แต่พบว่า มีความคิดเห็นรายข้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเชิงลบ แนวคิดเห็นเชิงลบ อาจจะส่งผลการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง Locock, Brown¹⁸ ศึกษาทัศนคติในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวและคนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วย (Motor Neurone Disease; MND) พบว่า มีสองทัศนคติทางสังคมคือคนจะมีทัศนคติดีขึ้นเมื่อได้ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ลำบากกว่าตนเอง และมีคนที่มีความรู้สึกดีขึ้นเมื่อเห็นคนอื่นมีภาวะด้อยกว่าตนเอง โดยเฉพาะการศึกษาของ Van et al.¹⁹ เสนอเรื่องการสนับสนุนผู้ดูแลส่วนบุคคลกับประสิทธิผลของการแทรกแซงด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมว่าทัศนคติส่วนบุคคลส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนั้น ซึ่งผู้เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลควรใช้ผลการศึกษาวิจัยเหล่านี้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป ถึงแม้ว่าการศึกษาความสัมพันธ์ด้านทัศนคติกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก แต่เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับทัศนคติในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะควรมีการแยกกลุ่มในระดับการศึกษาเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ

การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก โดยจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุดจำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติในด้านการดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่ม 2) การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม และ 3) การจัดระบบการพักผ่อนอย่างเพียงพอและอยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ การศึกษาของ Hoffmann et al.²⁰ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มากขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครั้งนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์กันทั้งด้านความรู้ และด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพ หรือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันตามระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมให้ความรู้ และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ มีการสัมมนา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุไปในทางที่ดีขึ้น และมีการกำกับติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการเพิ่มค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับภาระงาน เพื่อให้การดำเนินเป็นไปอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม เพื่อเพิ่มความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลโพรงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลโพรงาม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลโพรงาม ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานตัวอย่างในพื้นที่ตำบลโพรงาม

References

1. Department of Older Persons. Report of Eldery in Thailand (77 provinces) [Internet]. Department of Older Persons;

- 2019 [cited 2020 May 30]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>. (in Thai).
2. Office of the National Economics and Social Development Board. Populations Projections for Thailand 2010-2040. Bangkok; 2013. (in Thai).
3. National Health Security Office. The manual of long term care for the dependent elderly in community (Long term Care) under universal health coverage scheme, Fiscal year 2016. Bangkok; 2016. (in Thai).
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Eldery 2018. Bangkok; 2018. (in Thai).
5. Kalasin statistical office. Situation and Perspectives on the Elderly, Kalasin Province 2017 [Internet]. Kalasin statistical office; 2018 [cited 2020 Apr 6]. Available from: <http://kalasin.nso.go.th/images/attachments/Info.News/Info.News2561/009Sep/1004older61up.pdf>. (in Thai).
6. Phon Ngam Chaloem Phrakiat Health Center. Demographic data of people preparing to enter the elderly age 50 - 59 years. Kalasin; 2018. (in Thai).
7. Ruansri P, Pothiban L, Nanasilp P. Knowledge, Attitudes, and Practices among Health Care Personnel Pertaining to Terminal Care for Older Patients with Chronic Illness. Nursing Journal. 2015; 42(2):24-35. (in Thai).
8. Bassah N, Ubenoh US, Palle JN. An exploratory study of the knowledge and practices of family caregivers in the care of the elderly at home in the Buea Health District, Cameroon. J Gerontol Geriatr Res. 2018;7(47):2-13.
9. Dearden C, Becker S. Young carers and education. London: Carers UK; 2003.
10. Feldt LS. The approximate sampling distribution of Kuder-Richardson reliability coefficient twenty. Psychometrika. 1965;30(3):357-70.
11. Santos JR. Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. J Ext. 1999;37(2):1-5.
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives Vol. 1 Cognitive domain. New York. McKay 1956;20-4.
13. Best JW. Research in Education Fifth Education. Prentice-Hall; 1986.
14. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Correlation: a measure of relationship. Applied statistics for the behavioural sciences. 1994 3rded.: 105- 31. Boston: Houghton Mifflin; 1994.
15. Department of Health. Guideline for Elderly Care, six edition [Internet]. Department of Health; 2013 [cite 2020 Nov 22]. Available from: http://hpc2.ana.mai.moph.go.th/emedial/files/p/135_20150907131224.pdf.
16. Eamsamai S, Mhuansit R, Thongmag C. An elderly care model among caregiving volunteers at Phukrang Municipality,

- Amphur Praputthabat, Saraburi province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2012;22(3):77-87. (in Thai).
17. Miller B, McFall S, Montgomery A. The impact of elder health, caregiver involvement, and global stress on two dimensions of caregiver burden. J Gerontol. 1991;46(1):9-19.
 18. Locock L, Brown JB. All in the same boat? Patient and carer attitudes to peer support and social comparison in motor neurone disease (MND). Soc Sci Med 2010;71(8):1498-505.
 19. Van LD, Meiland FJ, Van HG, Drees RM. Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(1):1-14.
 20. Hoffmann T, McKenna K, Worrall L, Read SJ. Evaluating current practice in the provision of written information to stroke patients and their carers. Int J Ther Rehabil. 2004;11(7):303-10.

ผลการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม* สุหทัย โตสังวาลย์** วัชรี้ แสงสาย**

บทคัดย่อ

บทนำ : การเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ผู้สอนจะต้องเชื่อว่าผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเองผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมอย่างกระตือรือร้น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการสอนในคลินิก และศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิค เค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

วิธีการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต เลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนในคลินิก จำนวน 5 แผน แบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้ จำนวน 50 ข้อ และแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการสอนในคลินิก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.764, p < .05$) และความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิก ดังนี้ 1) ด้านการจัดการเรียนรู้ กระตุ้นความอยากรู้ผ่านการเชื่อมโยงความรู้เดิมและของใหม่ 2) ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ เป็นบรรยากาศเชิงบวก นักศึกษาชอบและพอใจในวิธีการจัดการเรียนรู้ และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งและมีความคงทนในการจดจำ

สรุปผล : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสอนทางคลินิกด้วยเทคนิค เค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด ดังนั้น การเรียนการสอนทางคลินิกควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่กระตุ้นความสนใจของผู้เรียน โดยการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติ

คำสำคัญ : เค ดับบลิว แอล พลัส กิจกรรมเพื่อนคู่คิด ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: somjitt@knc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The effect of clinical teaching by using KWL with the Think Pair Share technique in a subject of Nursing Care of Persons With Mental Health Problems Practicum

Somjitt Wiangperm* Suhathai Tosangwarn** Watcharee Sangsai**

Abstract

Background: Regarding student-centered teaching and learning, instructors must believe that learners can create new knowledge by themselves. Generally, learners have learnt through active interaction with other people and engaging with their environment.

Objectives: To compare learning outcomes of nursing students before and after clinical teaching. To explore the perceptions of nursing students towards clinical teaching by using the KWL Plus technique with the Think Pair Share technique.

Methods: The study used a Quasi-experimental research method. The sample consisted of 40 third year nursing students studying the subject Nursing Care of People with Mental Health Problems Practicum. Purposive sampling was used in the study. The research instruments included five clinical teaching plans, 50 items of learning tests and open-ended questions. The data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-tests and content analysis.

Results: The result of the study showed that there were statistically significant differences between the average scores of learning before and after clinical teaching ($t = -3.198$, $p < 0.05$). The perceptions of nursing students towards clinical teaching were as follows: 1) learning management; to activate students' curiosity in order to make connections between their prior knowledge and new information, 2) learning atmosphere; a positive atmosphere, students liked and appreciated the learning management method, and 3) benefits; students deeply understood the content and it remained in their long-term memory. Moreover, the nursing instructors were able to evaluate the progress of nursing students during the teaching and learning process.

Conclusions: The results of the study demonstrate the effectiveness of clinical teaching by using the KWL Plus technique in conjunction with the Think Pair Share technique. Therefore, the effect of clinical teaching and learning should create a learning atmosphere that encourages students' interest by participating in learning activities and putting them into action.

Keywords: KWL Plus, nursing care of persons with mental health problems practicum, think-pair-share

*Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, E-mail: somjitt@knc.ac.th

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

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ซึ่งการเรียนภาคทฤษฎีจะช่วยเสริมและสนับสนุนให้การเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้จากทฤษฎีนำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องอาศัยทักษะและวิจารณญาณทางคลินิก ในการบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย¹ ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต เป็นการศึกษาฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นครั้งแรก เพื่อให้ นักศึกษามีประสบการณ์ทางการพยาบาลกับบุคคลทุกช่วงวัยที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพจิต ด้านการคิด การรับรู้ ความจำ สติปัญญา อารมณ์ พฤติกรรมในระยะเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรัง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีจากวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ ผู้เรียนได้เรียนมาแล้ว นำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งมีการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในทุกระดับของการปฏิบัติการพยาบาล

จากการตรวจสอบรายงานแผนการพยาบาลของนักศึกษา ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ในปีการศึกษา 2559 จำนวน 150 ฉบับ พบว่า มีจำนวนรายงานที่นำ ศาสตร์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ในการ ประเมินภาวะสุขภาพ ร้อยละ 6.15 และนำมา บูรณาการในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการ

ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเพียงร้อยละ 11.40 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถบูรณาการศาสตร์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้ นักศึกษาระบุว่า ยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่จะใช้เพื่อการ ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การขาดทักษะใน การตัดสินใจในการให้การพยาบาล และการ เชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีที่ได้จากการเรียนรู้ ในห้องเรียนสู่การปฏิบัติการพยาบาลใน สถานการณ์จริงในคลินิก จึงเป็นเรื่องที่ยาก สำหรับนักศึกษา Ajani, Moez² เนื่องจากบริบท ของการเรียนรู้มีการเปลี่ยนแปลงไปจาก ห้องเรียนสู่การปฏิบัติจริง การเชื่อมโยงระหว่าง ภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ การเรียนรู้ที่จะช่วยให้นักศึกษาเชื่อมต่อกับ ความรู้เดิมในคลินิก จัดว่าเป็นขั้นตอนที่เป็น ผลลัพธ์ที่สำคัญของการเรียนรู้สำหรับนักศึกษา

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส (KWL-PLUS) ซึ่งได้รับการ คิดค้นโดย Ogle³ ประกอบด้วยขั้นตอนในการ สร้างองค์ความรู้พื้นฐาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้น K (What I know) หมายถึง การเข้าถึงความรู้ที่ ผู้เรียนมีอยู่ก่อนแล้วเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะ เรียน 2) ขั้น W (What do I want to know) หมายถึง การกำหนดจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับ ความรู้ที่ต้องการได้รับการเรียน 3) ขั้น L (What I have learned) หมายถึง การสรุป ประเด็นและข้อความรู้ที่ได้รับหลังการเรียน ใน ขั้นตอนเหล่านี้ผู้เรียนจะต้องบันทึกองค์ความรู้ ลงในแบบบันทึก KWL เพื่อสะท้อนความคิด เกี่ยวกับเรื่องที่เรียน ต่อมา Ogle³ ได้เพิ่ม องค์ประกอบที่ 4 “Plus” เพิ่มเติมในส่วนของ การทำแผนผังมโนทัศน์หรือแผนผังความคิด

เพื่อสรุปเรื่องราวต่าง ๆ ที่เรียนหลังจากจบกระบวนการ ภายใต้แนวคิดในการเชื่อมโยงประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งสามระยะ คือ ประสบการณ์ระยะก่อนหน้า ระยะปัจจุบัน และระยะสิ้นสุด ประมวลไว้ด้วยกันอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมผ่านตาราง 3 ช่อง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมสู่ประสบการณ์ปัจจุบันได้อย่างเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น จัดเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างแท้จริง เพราะส่งเสริมให้ผู้เรียนได้วางแผนและลงมือปฏิบัติ สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม การสร้างองค์ความรู้ของผู้เรียนจะเกิดขึ้นอย่างมีความหมาย และมีคุณค่าจำเป็นอย่างยิ่งในการปลูกฝังให้ผู้เรียนรู้จักยอมรับและเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ภายใต้บรรยากาศของการเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยในระหว่างดำเนินกิจกรรมเป็นหน้าที่ของผู้สอนที่จะคอยกระตุ้นผู้เรียนสังเกตและเก็บข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสรุปบทเรียนและติดตามความก้าวหน้าในการสร้างองค์ความรู้ของผู้เรียน

จากการศึกษาของ Ivey, Reed⁴ ได้กล่าวว่า เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความหมายโดยกระตุ้นให้ผู้เรียนระบุความรู้เดิม และให้พิจารณาว่าต้องการรู้อะไรเพิ่มเติมจากความรู้ที่มีอยู่ เมื่อนักศึกษาเปรียบเทียบสิ่งที่รู้กับสิ่งที่ต้องการรู้เพิ่มเติม ทำให้นักศึกษาสามารถระบุและอธิบายโน้ตที่คลาดเคลื่อนของตนเองได้ เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสช่วยให้นักศึกษาเชื่อมโยงประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ ซึ่งเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างความสนใจในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก และการคิดไตร่ตรอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส สามารถพัฒนาความสามารถและทักษะของผู้เรียนได้หลากหลายด้าน ได้แก่ ด้านการอ่านจับใจความ⁵ การเขียนสรุปความ⁶ การคิดวิเคราะห์⁷ การรับรู้ความสามารถในการเรียน⁸ ความคงทนในการเรียนรู้⁹ คุณลักษณะใฝ่รู้ใฝ่เรียน¹⁰ และความสามารถในการเขียนภาพความคิด¹¹ ผู้เรียนมีความสามารถและทักษะที่สูงขึ้นหลังจากการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส จากการศึกษาของภัสราภรณ์ ธีระวงศานุรักษ์¹² ศึกษาการใช้เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ความคิดสร้างสรรค์และความสามารถด้านการอ่านภาษาอังกฤษเพื่อความเข้าใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า ทักษะการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทุกหน่วยการเรียนรู้นักเรียนมีคะแนนการทดสอบหลังเรียนสูงกว่าการทดสอบก่อนเรียน นอกจากนี้ยังพบว่า การวัดผลทักษะการใช้ความคิดสร้างสรรค์ก่อนเรียน นักเรียนจะเขียนแสดงความคิดเพียงสั้น ๆ โดยใช้คำศัพท์ง่าย ๆ เท่านั้น แต่เมื่อทดสอบหลังจากการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส พบว่า นักเรียนได้พัฒนาความสามารถทางการเขียนแสดงความคิดมากยิ่งขึ้น นักเรียนทุกคนมีพัฒนาการในการเขียนเนื้อหาได้ละเอียดมากกว่าเดิม มีการเรียบเรียงความคิดและเกิดความคิดที่แปลกใหม่แตกต่างไปจากเดิม และความพึงพอใจของนักเรียนที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมีหลายเทคนิค เทคนิคเพื่อนคู่คิด (Think-Pair-Share)

เป็นการใช้การสอนของกลุ่มเล็กเพื่อให้ผู้เรียนทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มการเรียนรู้ของตนเอง¹³ และเป็นการสอนที่ผู้เรียนมีระดับความสามารถแตกต่างกัน แต่ละคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ อย่างแท้จริง จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของเพื่อน สมาชิกในกลุ่มเพื่อไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ซึ่งเทคนิคเพื่อนคู่คิด น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยพัฒนาได้ ซึ่งเมื่อผู้เรียนถามปัญหา ก็เป็นการเตรียมข้อมูลเพื่อป้อนกลับไปสู่การเรียนรู้ของตนเอง

การศึกษาของ Kaddoura¹⁴ ได้นำเทคนิคเพื่อนคู่คิด เป็นกลยุทธ์การเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล การที่นักศึกษาพยาบาลทำงานร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า และทำให้ประสบความสำเร็จด้านวิชาการ ซึ่งเทคนิคนี้ นักศึกษาตั้งใจฟังความคิดเห็นของเพื่อน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อธิบายถึงความแตกต่าง และสร้างความเข้าใจใหม่ด้วยตนเอง เทคนิคเพื่อนคู่คิดจึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มทักษะการคิดในระดับสูง ในขณะที่เดียวกันส่งเสริมผลลัพธ์ด้านทักษะทางปัญญา อารมณ์และสังคมในทางบวก เทคนิคเพื่อนคู่คิด นักศึกษาจะต้องทำงานด้วยตนเองก่อนที่จะจับคู่ แลกเปลี่ยนงานกันและรวบรวมความคิดของทุกคนเข้าด้วยกัน เทคนิคนี้ส่งเสริมความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม เป็นการทำงานร่วมกับเพื่อนด้วยการพูดอภิปรายเป็นการเรียนรู้เชิงรุกที่ช่วยให้ นักศึกษามีโอกาสในการนำความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ รวมทั้งส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการสื่อสารและความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ทางการพยาบาลของนักศึกษาให้ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีแนวคิดที่จะจัดการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมสู่ประสบการณ์ปัจจุบันได้ อย่างเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษา กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2561 ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 160 คน

ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ที่ฝึก

ปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 40 คน (อาจารย์ 1 คนต่อนักศึกษา 8 คน) ซึ่งได้มาโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด จำนวน 5 แผน ใช้เวลาแผนการจัดการเรียนรู้ แผนละ 2 ชั่วโมง ได้แก่

1) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา รักษาทางจิตเวช

2) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้: กรณีผู้ป่วยโรคจิตเภท

3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติด้านความจำ สติปัญญา อารมณ์ พฤติกรรม: กรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4) การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด: กรณีผู้ป่วยติดสารเสพติด

5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการ ทารุณกรรม: กรณีผู้ป่วยถูกทารุณกรรม

1.1 สร้างแผนการสอนในคลินิกด้วย เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิค เพื่อนคู่คิด ในแผนประกอบด้วยขั้นตอนการ จัดการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นก่อนการเรียนรู้ ผู้สอนแจ้ง หัวข้อการสอนในคลินิกแก่ผู้เรียนทราบล่วงหน้า เพื่อทบทวน และเตรียมความรู้ก่อนเรียน

ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน ผู้สอนจัด กิจกรรมกระตุ้นความสนใจของนักศึกษาเพื่อ เชื่อมโยงเข้าสู่เรื่องที่จะเรียน โดยการใช้คำถาม พร้อมทั้งอธิบายการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ขั้นจัดกิจกรรมด้วยเทคนิค เค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด

ขั้นที่ 1 จัดกิจกรรมให้นักศึกษา แต่ละคน (Think) ได้เขียนสาระต่าง ๆ ที่ นักศึกษามีความรู้อยู่แล้วเกี่ยวกับประเด็นที่ ผู้สอนตั้งไว้ในช่อง K

ขั้นที่ 2 ให้นักศึกษาถามตนเอง ว่าต้องการเรียนรู้สิ่งใดเพิ่มเติมในหัวข้อที่ กำหนดลงในช่อง W จากนั้นให้นักศึกษาจับคู่ (Pair) กับเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนประเด็นในช่อง K และ W โดยผลัดกันเล่าสาระต่าง ๆ ของตน ให้เพื่อนฟัง จนได้ข้อสรุปที่เห็นพ้องกัน

ขั้นที่ 3 ให้แต่ละคู่จับคู่รวมกับคู่ อื่น รวมเป็น 4 คน (ได้จำนวน 2 กลุ่ม) แลกเปลี่ยนประเด็นในช่อง K และ W โดยผลัด กันเล่าคำตอบของตนให้เพื่อนฟัง จนได้ข้อสรุป ที่เห็นพ้องกันลงบันทึกในช่อง L

ขั้นที่ 4 อาจารย์แจกกรณีศึกษา ให้นักศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาร่วมกัน

ขั้นสรุป Plus ให้นักศึกษาสรุป ความรู้เชื่อมโยงกับกรณีศึกษาโดยใช้แผนผัง ความคิด และนำเสนอ พร้อมกับอธิบายแสดง ความคิดเห็นร่วมกัน (Share)

1.2 นำแผนการจัดการสอนในคลินิก ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิค เพื่อนคู่คิดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนการ พยาบาลจิตเวช และด้านการวัดและประเมินผล การศึกษาจำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสม โดยทุกแผนการจัดการ เรียนรู้มีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ 1.00

2. แบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้ แบบ ปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 50 ข้อ โดยวิเคราะห์เนื้อหา และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จัดทำตารางวิเคราะห์ข้อสอบ ซึ่งผ่านการ ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิม และนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคัดเลือกข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง .20-.94 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .21-.89 เพื่อนำไปใช้จริง จากนั้นนำแบบทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .80

3. แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด ด้วยการสนทนากลุ่ม ซึ่งแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิมและทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 2 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โครงการวิจัยรหัส KUREC-5559/004 วันที่ 25 ตุลาคม 2559

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมอาจารย์ประจำกลุ่ม โดยประชุมชี้แจงเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อให้อาจารย์เข้าใจ เห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้จากการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด

2. ทดสอบก่อนการจัดการเรียนรู้กับนักศึกษาตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้ เพื่อวัดผลการเรียนรู้ของนักศึกษา

3. อาจารย์ประจำกลุ่มดำเนินการสอนตามแผนการสอนในคลินิกด้วยเทคนิค

เค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด จำนวน 5 แผน สัปดาห์ละ 1-2 แผน ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 ชั่วโมง

4. เมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชา ผู้วิจัยประสานงานกับนักศึกษา เพื่อบันทึกเวลาในการทำสนทนากลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาทั้งสิ้น 5 กลุ่ม ใช้เวลาสนทนากลุ่ม 45-60 นาที การดำเนินการสนทนากลุ่มใช้การบันทึกเทปในระหว่างการสนทนา การจดบันทึก และสังเกตพฤติกรรม และให้นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้หลังการจัดการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ผลการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และนำคะแนนมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการสอนในคลินิก จากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างโดยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนการทดสอบวัดผลการเรียนรู้ของนักศึกษาก่อนการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.83 ($SD=6.06$) คะแนนต่ำสุดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 28 คะแนนสูงสุดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 45 และคะแนนการทดสอบวัดผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังการสอนในคลินิกด้วยเทคนิค

เค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.43 (SD= 3.18) คะแนนต่ำสุดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 45 คะแนนสูงสุดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 56 แสดงให้เห็นว่าผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังการสอนในคลินิก

ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิดสูงกว่าก่อนการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด (n = 40)

คะแนนแบบทดสอบ	N	M	SD	Min	Max	t	p
ก่อนเรียน	40	36.83	6.06	28	45	10.76	.00**
หลังเรียน	40	49.43	3.18	45	56		

*p<.05

2. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด พบว่า

2.1 ด้านการจัดการเรียนรู้

1) นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะเรียน เนื่องจากต้องเตรียมตัว ด้วยการกลับไปทบทวน และค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมก่อนเรียน ดังคำกล่าวของนักศึกษา “สมาชิกทุกคนรู้ว่าเรียนหัวข้ออะไรก็จะไปหาความรู้มาให้มากที่สุดเหมือนทบทวนความรู้ที่เราเคยเรียนมา” 2) กระตุ้นความอยากรู้ผ่านการเชื่อมโยงความรู้เดิมและของใหม่ “อยากชวนขวายที่จะหาข้อมูลมาเพิ่มเติมเพื่อเป็นความรู้หรือประสบการณ์ใหม่ๆให้แก่ว่าจะก็เลยชอบตรงนี้จะ” 3) เป็นการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน “ถือเป็นการร่วมเรียนรู้ร่วมกันจากที่เรามีความรู้บางส่วนอยู่แล้ว แล้วก็มาเติมเต็มจากเพื่อน ๆ ทุกคนและอาจารย์ค่ะ” 4) ตรวจสอบความก้าวหน้าในการเรียน “ตอนนี้ตัวของเรารู้อะไรบ้างแล้วที่นี้เราเขียนสิ่งที่เรารู้ลงไปปึบ

เราจะเห็นว่าเรายังมีข้อบกพร่องตรงนี้จะขยายความไม่ได้”

2.2 ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ เป็นบรรยากาศเชิงบวก นักศึกษาชอบและพอใจในวิธีการจัดการเรียนรู้ รู้สึกสนุกที่ได้ทำกิจกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ในช่วงแรกๆ นักศึกษาจะเขียนช่อง K ไม่ค่อยได้ เขียนเพียงหัวข้อสั้นๆ แต่สามารถพูดอธิบายเพื่อนได้มากกว่าที่เขียน นักศึกษาบางคนสามารถเขียนความรู้ที่ตนเองมีได้แต่ไม่สามารถพูดอธิบายสรุปให้เพื่อนเข้าใจได้ พูดวกไปวนมา เพื่อนๆก็จะช่วยกันสรุปให้ใหม่ภายในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ดังคำกล่าวของอาจารย์ประจำกลุ่ม “เด็กก็ประเมินในภาพรวมของกลุ่มจะชอบกิจกรรม KWL มากค่ะ เขาเหมือนได้เตรียมความรู้ก่อนเริ่มกิจกรรม” เมื่อเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 3 เห็นบรรยากาศของการมีชีวิตชีวา กระตือรือร้น ทำกิจกรรมอย่างจริงจังตลอดเวลา กล่าวพูด แสดงความคิดเห็นมากขึ้น ใช้เวลาในการทำกิจกรรมน้อยลง

2.3 ด้านประโยชน์ที่ได้รับ นักศึกษา แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำวิธีการจัดการ เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ว่า 1) ประโยชน์จากการ แลกเปลี่ยนกันเกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งและมีความคงทนในการจดจำ ดังคำกล่าวของนักศึกษา “เวลาเรียนทฤษฎีที่ห้องหนูไม่รู้เรื่องคะว่ามัน สอดคล้องกันยังไง พอได้มีการแลกเปลี่ยนกันมัน เข้าไปอยู่ในความทรงจำของเรา ถ้าให้เทียบก่อน และหลังเรียน มันเยอะขึ้นกว่าเดิมเยอะมาก ๆ เลยคะ” 2) ประโยชน์จากการสรุปการเรียนรู้จาก ช่อง L “ตรงช่องแอลคะ พอเราฟังจากเพื่อนแต่ละ คนแล้วมาเขียนมันเหมือนเป็นการสรุปยอด ความรู้ของเราเป็น mapping เรากลับกรองความ เข้าใจเราเป็นแอลแล้วคะ ซึ่งมันทำให้เหมือนจำได้ ง่ายขึ้นคะ เวลาเราเปิดกลับไปอ่านแล้วถ้าเกิดเรา เอาตรงแอลไปจดใส่สมุดโน้ตหนูว่ามันมีประโยชน์ มากๆ คะในการอ่านหนังสือทบทวนความรู้ชอบ ตรงนี้คะ” 3) สร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้แบบนำ ตนเอง “กิจกรรมนี้ทำให้หนูทราบจุดอ่อนของ ตัวเองในการที่อย่างเช่น K เรามีความรู้เท่าไรพอ เราแลกเปลี่ยนกับเพื่อนความรู้เราเพิ่มขึ้น แล้ว แอลคะที่เราได้เรียนรู้ เรามีความรู้เพิ่มขึ้นใหม่ ทำให้เราทราบจุดอ่อนของตนเองในเรื่องไหน ทำให้ หนูสามารถรู้แล้วก็กลับไปศึกษาค้นคว้า เพิ่มเติมในเรื่องนั้นๆ”

อภิปรายผล

1. ผลการเรียนรู้ของนักศึกษา หลัง ได้รับการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด สูงกว่าก่อน ได้รับการสอนในคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวอาจ เนื่องมาจากเหตุผลดังนี้

การจัดการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ชั้น K นักศึกษาจะถูกกระตุ้นให้แสดง ความรู้เดิมที่ได้เรียนมา ในขั้นนี้ส่งเสริมและ พัฒนาระดับความรู้ความเข้าใจของนักศึกษา เกิด การเรียนรู้อย่างมีความหมายผ่านการกระตุ้น ความรู้เดิม ดังนั้นเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส เป็นการสอนให้นักศึกษาประมวลผลข้อมูล คิด อย่างอิสระอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า ช่อง K คือนักศึกษาเข้าใจอย่างไร ซึ่งความรู้ความ เข้าใจเนื้อหาของนักศึกษาขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ นักศึกษาได้รับในหัวข้อที่กำหนด หากนักศึกษามี การจัดการข้อมูลที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ นักศึกษาจะสามารถดึงข้อมูลที่สัมพันธ์กับเนื้อหา ที่อ่านมาแล้ว ดังนั้น นักศึกษาที่มีการเตรียมตัว ก่อนการเรียนด้วยการอ่านทบทวนมา ทำให้มี ความรู้ความเข้าใจมากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ เตรียมตัวมาก่อน ช่อง W เป็นการเติมเต็มช่องว่าง ระหว่างสิ่งที่รู้แล้วกับสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ซึ่งส่งผล กระทบต่อความรู้ความเข้าใจที่ได้อ่านมาผ่าน กระบวนการของช่องว่างนี้ ดังนั้น ความรู้ของ นักศึกษาจะต้องเติมให้เต็มช่องว่างเพื่อให้เนื้อหา ที่ครอบคลุมเป็นกระบวนการเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้เดิมกับข้อมูลใหม่ ซึ่งไม่ใช่เป็นการจำแต่ จะต้องแสดงความสัมพันธ์ของเนื้อหา เป็นเหตุให้ นักศึกษาตั้งคำถามกับตัวเอง รวมถึงการประเมิน ตนเองว่าสิ่งใดที่นักศึกษาต้องการรู้ ซึ่งเป็น ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจใน เรื่องที่เรียน ช่อง L เป็นการจัดการความรู้ อย่าง เป็นระบบ และสรุปความรู้ วิธีการนำเสนอ ความคิด การแปลความหมาย และการจัดการ ระบบความรู้ใหม่ สร้างข้อสรุปความคิดเห็นหรือ จัดความสัมพันธ์ใหม่ ทำให้นักศึกษามีความคิด ลุ่มลึกและมีความหมายมากขึ้น ส่งผลให้นักศึกษา

นำไปใช้ในสถานการณ์ใหม่และมีแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสนักศึกษาได้เรียนรู้หลายทักษะ เช่น การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบ การสรุปความ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในชีวิต

เทคนิคเพื่อนคู่คิด เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ให้นักศึกษาเรียนได้อย่างเข้าใจ ด้วยการแปลงเนื้อหาที่เรียนเป็นความเข้าใจของตนเอง และแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับเพื่อน เทคนิคเพื่อนคู่คิดทำให้นักศึกษามีส่วนร่วมในชั้นเรียน ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะพัฒนาผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษา เทคนิคเพื่อนคู่คิดส่งเสริมให้นักศึกษามีการโต้ตอบจึงมีความสนใจในเรื่องที่เรียนอยู่ตลอดเวลา ข้อดีของเทคนิคเพื่อนคู่คิดพัฒนาทักษะทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งความสำเร็จของการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นการขับเคลื่อนที่ขึ้นอยู่กับธรรมชาติและจัดการภายในกลุ่ม เทคนิคเพื่อนคู่คิดสอนให้นักศึกษายอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง การจับคู่กับเพื่อนทำให้สร้างปฏิสัมพันธ์เกิดเจตคติการรับรู้คุณค่าระหว่างเพื่อน สอดคล้องกับ Jacobs et al.¹⁵ ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการเรียนแบบร่วมมือไว้ดังนี้ การเรียนแบบร่วมมือนี้เป็นการเรียนที่จัดให้ผู้เรียนได้ร่วมมือกันเป็นกลุ่มเล็ก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการเรียนร่วมกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และแสดงออกตลอดจนลงมือกระทำอย่างเท่าเทียม นักศึกษาในกลุ่มได้ร่วมกันคิด ร่วมทำงานจนกระทั่งสามารถหาคำตอบที่เหมาะสมที่สุดได้ ถือว่าเป็นการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ช่วยให้ความรู้ที่ได้รับเป็นความรู้ที่มีความหมายต่อนักศึกษาอย่างแท้จริง จึงมีผลทำให้ผลการเรียนรู้ของนักศึกษาสูงขึ้น

2. ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัสร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด โดยภาพรวมมีดังนี้

- 1) ด้านการจัดการเรียนรู้ นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะเรียน เนื่องจากต้องเตรียมตัวด้วยการกลับไปทบทวน และค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมก่อนเรียน กระตุ้นความอยากรู้ผ่านการเชื่อมโยงความรู้เดิมและของใหม่ เป็นการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน มีการตรวจสอบความก้าวหน้าในการเรียน
- 2) ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ เป็นบรรยากาศเชิงบวก นักศึกษาชอบและพอใจในวิธีการจัดการเรียนรู้รู้สึกสนุกที่ได้ทำกิจกรรม และ
- 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งและมีความคงทนในการจดจำ การสรุปการเรียนรู้จากช่อง L เป็นสมุดโน้ต สร้างแรงจูงใจสัมฤทธิ์ผลและมีการเรียนรู้แบบนำตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการสอนที่จัดขึ้นช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ และความรู้ความคิดระดับสูงของนักศึกษา นักศึกษามีความสุขในการเรียนการสอน เพราะเป็นการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง นักศึกษาได้รู้จักและเข้าใจตนเองดีขึ้น นักศึกษากล้าแสดงออกมากขึ้น ได้ฝึกทักษะการเป็นผู้พูดและผู้ฟังที่ดี และได้ฝึกการเป็นผู้มีใจกว้างยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สอดคล้องกับ วัชราน เล่าเรียนดี¹⁶ ที่กล่าวถึง การจัดการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ช่วยพัฒนาผู้เรียนด้านการอ่าน ทักษะการคิดระดับสูง นักศึกษาได้ฝึกคิดเชื่อมโยงให้เหตุผลโดยใช้แผนผังความคิด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ขุนฤทธิ์¹⁷ ได้ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเค ดับบลิว แอล พลัส ร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้แบบคู่คิด เพื่อพัฒนาทักษะการ

อ่านเชิงวิเคราะห์และการสรุปความเข้าใจในการอ่านของนักศึกษา พบว่านักศึกษามีความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์ร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้แบบคู่คิดในภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด เป็นเทคนิคการสอนที่สามารถพัฒนาผลการเรียนรู้ของนักศึกษา เพิ่มแรงจูงใจและเจตคติในการเรียน เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมาย เชื่อมโยงความรู้เดิมสู่ความรู้ใหม่

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด นักศึกษามีคะแนนผลการเรียนรู้สูงขึ้น ดังนั้นควรนำเทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์ และเทคนิคเพื่อนคู่คิดไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ให้นักศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีกลุ่มควบคุมในการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ที่ดีขึ้นของนักศึกษา จึงควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบวิธีการสอนด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์กับวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบอื่นๆ และจากความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสอนในคลินิกด้วยเทคนิคเค ดับบลิว แอล พัลส์ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด พบว่า นักศึกษามีความกระตือรือร้น ชอบ สนุก พอใจในกิจกรรมเนื่องจากมีเพื่อนคู่คิดทำให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สามารถนำสรุปความรู้มาใช้ประโยชน์ ดังนั้น ควรนำเทคนิคเค ดับบลิว แอล

พัลส์ร่วมกับเทคนิคเพื่อนคู่คิด ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาอื่นต่อไป

References

1. Gaberson KB, Oermann MH. Clinical strategy in nursing. New York: Springer Publishing; 2010.
2. Ajani K, Moez S. Gap between knowledge and practice in nursing. Procedia Soc Behav Sci. 2011;15:3927-31.
3. Ogle DM. K-W-L: A teaching model that develops active reading of expository text. Read Teach. 1986;39(6):564-70.
4. Ivey CK, Reed E. An examination of learning formats on interdisciplinary teamwork knowledge, skills, and dispositions. Interdisciplinary Journal of Teaching and Learning. 2011;1(1):43-55.
5. Phongsawat A. The enhancement of reading for main idea abilities of fifth grade students taught by KWL Plus technique. Nakhon Pathom: Silpakorn University Publishing; 2007. (in Thai).
6. Phanomwan P. A development of the activity package to practice analytical thinking skill and summary writing by using KWL Plus technique for Mathayomsuksa two students. Phitsanulok: Naresuan University Publishing; 2010. (in Thai).
7. Intarachi B. The development of activities package to promote analytical thinking and summary writing by using KWL Plus for Mathayomsuksa 1 students. Phitsanulok: Naresuan University Publishing; 2014. (in Thai).

8. Kaewsara W, Kuha A, Churngchow C. Effects of KWL plus on learning achievement and self-efficacy in Thai subject of Bilingual Grad six students. Princess of Naradhiwas University Journal. 2013;5(2):83-92. (in Thai).
9. Khunakhom P. Comparisons of learning achievement, analytical thinking ability, and learning retention on the topic application of Prathomsueksa 6 students between using KWL learning approach and the conventionnal approach. Mahasarakham: Mahasarakham University Publishing; 2012. (in Thai).
10. Chattupatarakul K. Comparisons of learning achievement on reading, analytical thinking, and characteristical seeking knowledge of Prathomsueksa 2 during learning activity management in KWL-Plus plan and BBL plan. Mahasarakham University Publishing; 2013. (in Thai).
11. Tanchaichon T. The development of analytical thinking and mind mapping ability of fifth grade students taught by KWL Plus technique. Nakhon Pathom: Silpakom University Publishing; 2019. (in Thai).
12. Teeravongsanurak P. Using KWL-Plus technique to develop of creative thinking skills and English reading comprehension ability of Grade10 students at Maesaiprasitsart school, Maesai District, Chiang Rai Province. Phayao: University of Phayao Publishing; 2019. (in Thai).
13. Johnson DW, Johnson R, Holubec E. Cooperation in the classroom. MN: Interaction Book Company; 2013.
14. Kaddoura M. Think pair share: a teaching learning strategy to enhance students' critical thinking. Educ Res Q. 2013;36(4): 3-24.
15. Jacobs G, Power MA, Loh WI. The teacher's sourcebook for cooperative learning: practical techniques, basic principles, and frequency asked questions. Thousand Oaks, CA: Crown Press; 2002.
16. Laowreandee W. Thinking skills instructional models and strategies. Nakhon Pathom: Silpakom University Publishing; 2019. (in Thai).
17. Khunrit B. The effect of learning management using KWL Plus techniques with Think Pair Share activity for enhancing analytical reading skills and reading comprehension for making conclusion. Journal of Southern Technology. 2019; 12(2):88-97. (in Thai).

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษา ในการฝึกปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

จิตรา สุขเจริญ* พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์** จิตภา เรือนใจมัน** วีนะ อนุตรกุล**

บทคัดย่อ

บทนำ : การช่วยเหลือนักศึกษาลดหรือขจัดความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรกจะช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ มีเจตคติที่ดี และอยู่ในวิชาชีพได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในการฝึกวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 144 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด และแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.30 มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 5.60 มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติมาก ใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ ($M = 0.61$, $SD = 0.04$) เป็นสัดส่วนมากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา ($M = 0.39$, $SD = 0.04$) ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน ทำนายได้ร้อยละ 10.30 ($R^2 = .103$) ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา คือ พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา ทำนายได้ร้อยละ 18.30 ($R^2 = .183$) ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา ทำนายได้ร้อยละ 10.70 ($R^2 = .107$)

สรุปผล : สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และจัดโปรแกรมส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด

คำสำคัญ : การเผชิญความเครียด ความเครียด

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: jitra@bnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Factors influencing stress and coping behavior of the nursing students undertaking the Principles and Techniques in Nursing Practicum Course at Boromarajonani College of Nursing Chon Buri

Jitra Sukjaroen* Patteera Wuthiphongpat** Jidapha Ruanjaiman** Veena Anutarakul**

Abstract

Background: Assisting nursing students to reduce or eliminate stress when first practicing in the wards will help students learn to their fullest potential, have a good attitude and perform happily in the profession.

Objectives: The aim of this research was to examine factors influencing stress and coping of the nursing students undertaking the Principles and Techniques in Nursing Practicum course.

Methods: This descriptive research consisted of 144 nursing students who were in their second year of academic year 2017. The research instrument were questionnaires and were conducted for data collection and consisted of a demographic data questionnaire, a stress survey questionnaire, a coping behavior of nursing student's questionnaire and a practical learning and environmental factors questionnaire which were constructed by researchers. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

Results: The results revealed that 49.03% of the students reported a normal level of stress and 5.60 % reported a high level of stress. The nursing students reported a higher proportion of emotional-focused coping ($M = 0.61$, $SD = 0.04$) than problem-focused coping behavior ($M = 0.39$, $SD = .04$). Factors significantly influencing stress were attitudes to practical learning and partner relationships ($R^2 = .103$) at .01 level. The factor significantly influencing problem-focused coping behavior was attitudes to practical learning ($R^2 = .183$) at .01 level. The factors significantly influencing emotional-focused coping behavior were the attitudes to practical learning and practical learning behavior ($R^2 = .107$) at .01 level.

Conclusions: Nursing Institutes should provide preparation activities to strengthen good attitudes towards practical learning, including a program to promote the learning process of students. Developing appropriate behavior in coping will result in good physical and mental health of nursing students.

Keywords: coping behavior, stress

*Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand, E-mail: jitra@bnc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และเป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น และพยายามปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุล แต่ในทางตรงกันข้าม ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับสูง และต่อเนื่องเป็นเวลานาน บุคคลนั้นจะไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ร่างกายเสียสมดุล¹ การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินเหตุการณ์ผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนในทางลบ โดยจะส่งผลต่อพฤติกรรม เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional-focused coping)²

การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ มีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การเรียนภาคปฏิบัตินักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยในสภาพต่างๆ ในสถานการณ์จริงซึ่งนักศึกษายังไม่มีประสบการณ์มาก่อน ต้องมีความเสียสละรับผิดชอบ และต้องใช้ความระมัดระวังอย่างสูง เนื่องจากเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ หากเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นหมายถึง อันตรายแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้³ โดยเฉพาะการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาแรก ที่นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ⁴ ที่พบว่า นักศึกษามีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ในการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นครั้งแรก

เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้ขาดความมั่นใจ กลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล

ในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย อาจพบปัจจัยจากสภาพแวดล้อมซึ่งมีสิ่งเร้าให้เกิดความเครียดได้ เช่น สถานการณ์ในหอผู้ป่วย การปรับตัวเข้ากับสถานที่ บุคลากร ทั้งพยาบาลวิชาชีพ อาจารย์นิเทศ เพื่อนนักศึกษา ผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาเพื่อขึ้นปฏิบัติงาน⁵ รวมทั้งการศึกษาของ Dunn, Hansford⁶ พบว่า สภาพแวดล้อมขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก มีผลต่อพัฒนาการของนักศึกษาพยาบาลในด้านเจตคติ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหา และจากการศึกษาของ Papp et al.⁷ พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนรู้ในห้องเรียนมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ในคลินิกได้ นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวในภาคปฏิบัติได้ ประสิทธิภาพในการพยาบาลย่อมลดลง อันเป็นผลโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดได้ และหากนักศึกษามีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้นักศึกษาไม่มีความสุขกับการเรียนและฝึกปฏิบัติ และมีเจตคติต่อวิชาชีพที่ไม่ดี รวมทั้งมีโอกาสดอกหลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย⁸

นอกจากปัจจัยจากสภาพแวดล้อมแล้ว ปัจจัยภายในของตัวบุคคล เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทักษะต่างๆ ซึ่งเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่

จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการ ภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งเจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ ในหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย น่าจะมีผลต่อความเครียดของนักศึกษา เพราะเจตคติที่ดีส่งผลให้นักศึกษารู้สึกยินดีและกระทำด้วยความตั้งใจ แต่หากนักศึกษามีเจตคติไปในทางลบ ต่อกระบวนการเรียนในหอผู้ป่วยแล้ว นักศึกษาจะปฏิบัติโดยไม่ตั้งใจหรือกระทำด้วยความคับข้องใจ⁸

ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและการเผชิญความเครียด เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมให้นักศึกษามีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และดำรงอยู่ในวิชาชีพได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 157 คน การเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ นักศึกษาชั้นปี 2 ที่ลงทะเบียนเรียน วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์ ครบถ้วนจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 91.72

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย รายได้ต่อเดือน และภาวะสุขภาพ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ จำนวน 20 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็นช่วง 0 ถึง 3 คะแนน คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย และเป็นประจำ คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ซึ่งมีการแปลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-5 ระดับความเครียดน้อยกว่าปกติ 6-17 ระดับความเครียดปกติ, 18-25 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย, 26-29 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และ 30-60 ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลของจิตรา สุขเจริญ¹¹ ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวของจาโลวิช (Jalowiec coping scales) สร้างโดยอาศัยแนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน² เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบ คือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ จำนวน 23 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 36 – 180 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา 13 - 65 คะแนน และการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ 23 – 115 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนั้นมาก ซึ่งมีการแปลค่าคะแนน ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา คะแนน 13-29 ใช้น้อย, คะแนน 30-46 ใช้อย่างปานกลาง และคะแนน 47-65 ใช่มาก การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ คะแนน 23-53 ใช้น้อย, คะแนน 54-84 ใช้อย่างปานกลาง และ คะแนน 85-115 ใช่มาก

ส่วนที่ 4 ถึง ส่วนที่ 8 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติจำนวน 3 ท่าน เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ .66 จำนวน 76 ข้อ ได้แก่ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ การรับรู้

ความสามารถของตน จำนวน 18 ข้อ พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา จำนวน 18 ข้อ พฤติกรรมการสอนของอาจารย์นิเทศ จำนวน 15 ข้อ และสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเผชิญความเครียดส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ส่วนที่ 4 ถึงส่วนที่ 8 ไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงกับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .74, .98, .93, .85 และ .91 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ใบรับรอง BNC REC 02/2560 เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2560

ข้อตกลงเบื้องต้น

การใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งอยู่ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล การตอบแบบสอบถามของนักศึกษาประเมินจากความคิดเห็น และเหตุการณ์ ในช่วงเวลาที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ในสัปดาห์สุดท้ายของการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เพื่อใช้ตอบด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด กับระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจในการจำแนกระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด กับระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดรายด้าน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 49.30 รองลงมาคือมีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60

2. นักศึกษาใช้การเผชิญความเครียดเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) ด้านมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ($M = 48.63$, $SD = 7.40$) และด้านมุ่งเน้นอารมณ์ในระดับปานกลาง

($M = 75.17$, $SD = 12.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ใช้การเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหาในระดับมาก จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 ในระดับปานกลาง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 และในระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 ใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ ในระดับปานกลาง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 ในระดับมาก จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 และในระดับน้อย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 นักศึกษาใช้การเผชิญความเครียดเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ด้านมุ่งเน้นอารมณ์เป็นสัดส่วนมากที่สุด ($M = 0.61$, $SD = 0.04$) และด้านมุ่งแก้ปัญหาเป็นสัดส่วนรองลงมา ($M = 0.39$, $SD = 0.04$)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน โดยสามารถทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 10.30 ($R^2 = .103$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เขียนเป็นสมการในการทำนายได้ ดังนี้ ความเครียด = $47.298 - 4.501$ (เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ) - 3.389 (สัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคงที่และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรเจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อความเครียด

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ค่าคงที่	47.298	8.228	-	5.749	.000*
เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ	-4.501	1.480	-.246	-3.041	.003*
สัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน	-3.389	1.551	-.176	-2.185	.003*

$R^2 = .103$, * $p < .05$

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล คือ พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 18.30 ($R^2 = .183$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เขียนเป็นสมการในการทำนายได้ ดังนี้ วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา = $16.309 + 7.654$ (พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคงที่และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาที่มีต่อวิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ค่าคงที่	16.309	5.779	-	2.822	.005*
พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา	7.654	1.362	.428	5.619	.000*

$R^2 = .183$, * $p < .01$

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ

10.70 ($R^2 = .107$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถเขียนเป็นสมการในการทำนายได้ ดังนี้ วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ = $64.876 + 9.128$ (พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา) - 7.307 (เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าคงที่และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา และ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ ที่มีต่อวิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ค่าคงที่	64.876	11.816	-	5.491	.000*
พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา	9.128	2.585	.298	3.531	.001*
เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ	-7.307	2.361	-.261	-3.095	.002*

$R^2 = .107$, * $p < .01$

อภิปรายผล

1. ความเครียด และการเผชิญความเครียด จากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ เป็นระดับความเครียดที่บุคคลเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อกระตุ้นให้หาวิธีการและแนวทางปรับตัวให้

เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิใช่ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้¹² รองลงมา คือ มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย และมีบางส่วนที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียม ช่างษ์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ การที่นักศึกษามีความเครียดในระดับปกติอาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี นักศึกษาขึ้นฝึกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 2 วัน/สัปดาห์ โดยปฏิบัติงานและมีอาจารย์นิเทศดูแลอย่างใกล้ชิด ลักษณะผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับมอบหมายไม่ซับซ้อนมาก ช่วยเหลือตนเองและให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่นักศึกษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล ลัมทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ³ พบว่า แหล่งความเครียดเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรกของนักศึกษา คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ อาจารย์และผู้ป่วย อีกทั้งนักศึกษาได้ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคทดลองก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ จึงสามารถประยุกต์และเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การซักประวัติ การประเมินสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อนักศึกษาสามารถหาข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยได้ และมีอาจารย์ดูแลอย่างใกล้ชิด จึงสามารถลดหรือขจัดสาเหตุของการเกิดความเครียดได้ อย่างไรก็ตามมีนักศึกษากลุ่มหนึ่งที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยจนถึงสูงกว่าปกติมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurebayashi et al.¹⁴ ที่พบว่า ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจนถึงมาก ซึ่งในนักศึกษากลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยจนถึงสูง

กว่าปกติมากนี้ อาจารย์ผู้นิเทศควรดูแลและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาของมณฑล ลัมทองกุล และประนอม ภูศรีทอง¹⁵ พบว่า นักศึกษาจะมีความเครียดน้อยลง ถ้าครู/ผู้ดูแล เอาใจ ใส่ใจ ให้ความรู้ และมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลด้วยท่าทีที่ไม่ดุ นอกจากนี้ Edward¹⁶ ให้ความเห็นว่า การใช้ทักษะการฟังที่หลากหลายและเทคนิคที่ดีในการสื่อสาร จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ช่วยลดความเครียดของนักศึกษา และพัฒนากระบวนการเรียนการสอนได้

จากการศึกษาการเผชิญความเครียดพบว่า นักศึกษาใช้การเผชิญความเครียดเมื่อคิดจากคะแนนจริง ด้านมุ่งเน้นอารมณ์ ในระดับปานกลาง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 ใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ในระดับมาก จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 การคิดคะแนนการเผชิญความเครียดจากคะแนนจริง นี้จะบอกถึงความพยายามในการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่า นักศึกษาส่วนมากมีความพยายามที่จะใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ถือว่าเป็นวิธีที่ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติพยาบาลซึ่งเป็นการปฏิบัติกับชีวิตของผู้ป่วย และในการฝึกปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลที่เป็นการฝึกปฏิบัติรายวิชาแรกของนักศึกษานั้น นักศึกษามีความพยายามที่จะใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาถือว่าเป็นแนวโน้มและการปรับตัวที่ดีของนักศึกษาพยาบาล เมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ นักศึกษาใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์เป็นสัดส่วนมากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา การแปลผลคะแนนโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์นี้จะบ่งบอกถึงสัดส่วน และเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมากแสดงว่านักศึกษาใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดจากแต่ละด้านมีข้อคำถามไม่เท่ากัน¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ นาควัชรางกูร¹⁸ ที่พบว่าการเผชิญความเครียดของนักศึกษา โดยภาพรวมนักศึกษา จะใช้การเผชิญความเครียดแบบแก้ไขอารมณ์มากกว่าการแก้ปัญหา และเมื่อพิจารณาจากการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์รายข้อพบว่าพฤติกรรมลำดับแรกที่นักศึกษาใช้มากที่สุดคือ “ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง” โดยใช้บ่อยที่สุดร้อยละ 35.40 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิธีการในการที่นักศึกษาเลือกใช้ นั่นคือเมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหานักศึกษาพยายามที่จะแก้ปัญหานั้นให้ลุล่วง เพื่อให้ความเครียดของตนลดลง โดยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อน โดยเจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริจิตร จันทร และ ธัญลักษณ์ บรรลิตกุล¹⁹ ที่พบว่าในด้านความรู้สึกที่นักศึกษามีต่อวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน คือ กลัวทำไม่ถูก กลัวทำผิดพลาด รู้สึกไม่มั่นใจ วิตกกังวล รู้สึกว่าเป็นวิชาที่ยาก เครียด และเหนื่อยในการฝึกปฏิบัติ ส่วนนักศึกษาพยาบาลที่มีความคิดเห็นต่อสัมพันธภาพของกลุ่มเพื่อนในเชิงลบจะมีความเครียดในระดับสูง จากการฝึกภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในแต่ละหอผู้ป่วยประกอบด้วยนักศึกษา 7-8 คน ลักษณะของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเรียนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

เนื่องจากการเรียนที่หนัก ต้องอาศัยความร่วมมือ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม สังเกตได้จากการนิเทศนักศึกษาในหอผู้ป่วย หากนักศึกษาในกลุ่มใดที่มีลักษณะของกลุ่มที่ดีกลุ่มนั้นจะช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดีทั้งกลุ่ม แต่กลุ่มใดที่สมาชิกค่อนข้างแตกแยกทั้งความคิดและความสัมพันธ์ส่วนตัว ไม่ช่วยเหลือกัน ผลการปฏิบัติงานจะออกมาไม่ดีเท่าที่ควร กลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเรียนการสอนอย่างเห็นได้ชัด การที่นักศึกษาอยู่กับกลุ่มเพื่อนได้จะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อนจึงเป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมประการแรกที่ทำให้นักศึกษาปรับตัวได้เมื่อมีปัญหา และเมื่อสามารถอยู่กับเพื่อนได้อย่างมีความสุข ย่อมปรารถนาที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อคนทั่วไปเมื่อเป็นผู้ใหญ่ ทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี¹⁷

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล คือ พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา และ ปัจจัยที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ของนักศึกษา คือ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ และพฤติกรรมกรเรียนของนักศึกษา

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความคิดเห็นต่อเจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติในเชิงลบ จะเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์มากกว่า ซึ่งเมื่อพิจารณาจากแบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับระดับความคิดหรือความรู้สึกต่อการบวนการเรียนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย ตั้งแต่ขั้นตอนการปฐมนิเทศ การเตรียมความรู้ การศึกษาผู้ป่วย การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินและ

พัฒนาตนเองของนักศึกษา ซึ่งแสดงว่า นักศึกษาที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความคิดหรือความรู้สึกต่อกระบวนการเรียนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยในเชิงบวก เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นักศึกษาสามารถตั้งรับและควบคุมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และใช้วิธีการในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล ลัมทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ³ ส่วนปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และวิธีการเผชิญด้านมุ่งเน้นอารมณ์ เมื่อพิจารณาจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการเรียน ประกอบด้วยข้อความการกระทำที่นักศึกษาปฏิบัติเพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการเรียนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาที่มีความตั้งใจฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตามแนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นักศึกษาเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองด้าน สนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดในทฤษฎีความเครียดของลาสซาร์สที่ว่า ในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช่วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านมุ่งเน้นอารมณ์ ผสมผสานกัน แต่จะใช้ด้านใดมากน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล² การเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ หรือความรู้สึกของตนให้สามารถอดทนหรือขจัดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นการระบายอารมณ์หรือควบคุมอารมณ์ตนเอง

การเปลี่ยนกรอบคิดหรือตีความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งที่มาคุกคามใหม่อย่างมีอคติ เพื่อให้ตนยอมรับหรือปฏิเสธ โดยไม่ได้แก้ไขที่ปัญหาโดยตรง การเรียนการสอนในวิชาชีพการพยาบาลจึงควรมีการพัฒนาทักษะความสามารถที่จำเป็นต่อการปรับปรุงความสามารถในการเผชิญความเครียด ผู้ที่จะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องพัฒนาทักษะที่สำคัญ 4 อย่าง ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะความพากเพียรอดทน (perseverance skills) ทักษะความยืดหยุ่น (flexibility skills) และทักษะการเจรจาต่อรอง (negotiation skills)¹²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ของนักศึกษา ได้แก่ เจตคติต่อการเรียนภาคปฏิบัติ ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีกิจกรรมการเตรียมความพร้อม เพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการเรียนภาคปฏิบัติ หรือ ควรจัดให้มีโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ของนักศึกษา ได้แก่ การพัฒนาทักษะชีวิตในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม การพัฒนาในเรื่องทักษะการคิด เป็นต้น

2. นักศึกษากลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยจนถึงสูงกว่าปกติมาก อาจารย์ผู้นิเทศควรดูแลและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาจารย์และนักศึกษาจะช่วยลดความเครียดของนักศึกษา รวมทั้งช่วยส่งเสริมและพัฒนาการเรียนการสอนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เช่น ลักษณะของผู้เรียน ซึ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ใน Generation Z เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเตรียมนักศึกษาในการฝึกภาคปฏิบัติ รวมทั้งควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะด้านการคิด การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา สำหรับนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

References

1. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transaction between person and environment. In Pitdion LA, Lewis M. Perspective in interaction psychology, New York: Plenum Press; 1978.
2. Lazarus RS, Folkman S. Psychological Stress and The Coping Process. New York: Springer Publishing Company; 1984.
3. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. Nurse Educ. 2004;29(6):246-50.
4. Limthongkul M, Aree-Ue S. Sources of Stress, Coping Strategies, and Outcome among Nursing Students during their Initial Practice. Ramathibodi Nursing Journal. 2009;15(2):192-205. (in Thai).
5. Maleewan L. The Relationships between Personal Factors, Environment Factors and Stress, Stress Management during Practice in Labor Room of Nursing Students at Saint Louis College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):270-79. (in Thai).
6. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical environment. J Adv Nurs. 1997;25(6):1299-306.
7. Papp I, Markkanen M, Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perception concerning clinical learning experiences. Nurse Educ Today. 2003;23(4):262-68.
8. Wuthipong J, Somsri D, Sutthineum U. Factors Influencing Clinical Learning Behavior of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri [Research report] . Chon Buri: Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri; 2008. (in Thai).
9. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
10. Department of Mental Health. Guidebook to relieve stress. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2000. (in Thai).
11. Sukjaroen J, Vudhironarit S. Factors Influencing on Stress and Coping Behavior of Nursing Students of Boromarajonani

- College of Nursing, Chon Buri [Research report]. Chon Buri: Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri; 2008. (in Thai).
12. Tangkittipaporn J. Personality psychology and health behavior. Bangkok: Chulabook; 2016. (in Thai).
13. Khamwong W, Plangpongpan S, Yamboonruang T. The relationships between levels of stress, causes of stress and stress management in nursing students of nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. Journal of Health Science Research. 2016;10(1):78-87. (in Thai).
14. Kurebayashi LFS, Prado JMD, Silva MJP. Correlations between stress and anxiety levels in nursing students. Journal of Nursing Education and Practice. 2012;2(3):128-34.
15. Limthongkul M, Poosrithong P. Nursing Students' Needs during Clinical Practice at Outpatient Department. Ramathibodi Nursing Journal. 2006;12(1):1-9. (in Thai).
16. Edward E. Use of listening skills when advising nursing students in clinical experiences. J Nurs Educ. 1991;30:328-29.
17. Bampenphat H. Stress and Coping of Patients with Skeletal Traction [Thesis] . Chon Buri: Burapha University; 2001. (in Thai).
18. Nakwatcharangkurn L. A Comparison of The Effects of Rogerian Group Counseling and Problem Solving Training on Coping Behavior of The Second Year Students of Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri [Thesis]. Chon Buri: Burapha University; 1999. (in Thai).
19. Sirijit J, Tanyaluk B. Readiness to practice in the Fundamentals of Nursing Practicum among nursing students at The Thai Red Cross College of Nursing. Thai Red Cross Nursing Journal. 2015;5(1):32-45. (in Thai).

การประเมินโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

อังคนันท์ เทพอำนวย* ดวงเนตร ธรรมกุล**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรงเรียนสุขภาวะ เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียน ให้ผู้เรียนมีความสุขในมิติของกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นประเด็นท้าทายต่อการเสริมสร้างสุขภาวะ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวแปรระดับโรงเรียนสุขภาวะมี 5 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการสถานศึกษา จำนวน 115 คน ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามของมูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .93 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านชุมชนเป็นสุขมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านผู้เรียนเป็นสุข ด้านโรงเรียนเป็นสุข ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข และด้านครอบครัวเป็นสุข ตามลำดับ ($M = 4.56, 4.56, 4.56, 4.45$, และ 4.44 , $SD = 0.45, 0.27, 0.40, 0.37$, และ 0.51) นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนสุขภาวะ ได้แก่ การสนับสนุนสื่ออุปกรณ์ในการจัดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน การจัดแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย การส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครองนักเรียน และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของโรงเรียนต่อชุมชน

สรุปผล : การส่งเสริมให้เกิดโรงเรียนสุขภาวะ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน โรงเรียน ครอบครัว สภาพแวดล้อม และชุมชน เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาโดยใช้การสร้างเครือข่าย เพื่อพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นให้เข้มแข็งต่อไป

คำสำคัญ : โรงเรียนสุขภาวะ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

*นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail: bsru_s@hotmail.com

**ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Healthy school assessment of educational institutions under the Primary Educational Service Area Office Pattani, Area 2

Angkanan Dhepamnuay* Doungnetre Thummakul**

Abstract

Background: The concept of Healthy School is an important proposition for improving the quality of schools, making students feel happy in physical, mental, social and spiritual aspects, and is an important subject for improving well-being.

Objective: This study aimed to investigate the level of healthy school of the educational institutions under the Primary Educational Service Area Office Pattani, Area 2.

Methods: A descriptive study was designed with the population of 115 school directors that volunteered to help in this study. The questionnaire survey used to level the healthy schools of the Institute for Research on Education System Foundation has 5 aspects, 25 indicators and suggestions that add on to the school activities that help to become a healthy school, which has the reliability value of .93. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The results showed that the overall level of healthy school of the educational institutions under the Primary Educational Service Area Office Pattani, Area 2 was at the highest level ($M = 4.51$, $SD = 0.34$). Consideration of each aspect showed that the community happiness aspect has the highest average value followed by the students happiness aspect, school happiness aspect, environment happiness aspect, and family happiness aspect, respectively ($M = 4.56$, 4.56 , 4.56 , 4.45 , and 4.44 ; $SD = 0.45$, 0.27 , 0.40 , 0.37 , and 0.51). The suggestions for being healthy schools are as follows: supports on educational media, knowledge exchange among schools, parents, and local community, diversity of study sites, encouragement of healthy relationships with students' parents, and good relationship between schools and local community.

Conclusions: The encouragement of healthy schools will be beneficial to students, schools, family, environment, and local community and helps drive changes in education by creating networks to further improve local community strength.

Keywords: healthy school, Primary Educational Service Area Office Pattani, Area 2

*Master of Education students, Graduate School, Suan Dusit University, E-mail: bsru_s@hotmail.com

**The Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

บทนำ

“โรงเรียนสุขภาวะ” เป็นโจทย์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงเรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีความสุขในมิติของกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นประเด็นท้าทายต่อการเสริมสร้างสุขภาวะที่เป็นเป้าหมายเฉพาะของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ต้องการให้การเสริมสร้างสุขภาวะเกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน¹⁻² แนวคิดการพัฒนาสุขภาวะโดยใช้ฐานโรงเรียนเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเยาวชนในวัยเรียนแทบทั้งหมดอยู่ในระบบโรงเรียน การปลูกฝังเรื่องสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับผู้เรียน จึงเป็นโอกาสที่ดีอย่างยิ่งที่จะหล่อหลอมเยาวชนของประเทศให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาวะเมื่อเติบโตขึ้น ซึ่ง สสส. ได้สนับสนุนทุนให้มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษาเริ่มโครงการโรงเรียนสุขภาวะ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556³⁻⁴ โดยเสริมสร้างพลังการทำงานของผู้เกี่ยวข้องทั้งโรงเรียน ได้แก่ ผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียนไปสู่ความเป็น “โรงเรียนสุขภาวะ”

แนวคิดโรงเรียนสุขภาวะมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ “ผู้เรียนเป็นสุข” โดยมีเครื่องมือพัฒนาสู่ความเป็นโรงเรียนสุขภาวะของมูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา³ ซึ่งมีองค์ประกอบคือ ผู้เรียนเป็นสุข โรงเรียนเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข ซึ่งการสร้างสุขภาวะผู้เรียน ทำให้เกิดสุขภาวะในระดับการเรียนรู้สู่การทำงานในห้องเรียนของครู เพื่อเป็นฐานการพัฒนาไปสู่ชุมชน และสังคม¹ เมื่อผู้เรียนมีสุขภาวะแล้ว การพัฒนากำลังคนของประเทศ ครอบครัว

ชุมชน จะทำให้สังคมโดยรวมโรงเรียนมีสุขภาวะตามไปด้วย นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยให้ผู้เรียนมีปัญหาการใช้สารเสพติดน้อยที่สุด⁵ ในการพัฒนาโรงเรียนให้มีสุขภาวะที่ดีนั้น ต้องพัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของนักเรียน และให้เกิดความปลอดภัย มีระบบเกี่ยวกับการบริการสุขภาพอนามัยและโภชนาการที่ดี พัฒนาด้านหลักสูตรและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอน พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ชุมชน ผู้ปกครอง ศิษย์เก่า ครู บุคลากรทางการศึกษา และกรรมการสถานศึกษา รวมถึงพัฒนาปัจจัยด้านผู้นำที่เน้นความสำคัญเรื่องสุขภาวะโรงเรียน⁶⁻⁷ ดังนั้นแนวคิดโรงเรียนสุขภาวะจึงควรได้รับการพัฒนาให้เพิ่มมากขึ้น

จากการดำเนินงานของโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการศึกษาที่สร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียน โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา³ ในระยะเวลา 3 ปี 6 เดือน ตั้งแต่ปี 2555-2558 กับโรงเรียน จำนวน 68 โรงเรียน พบว่า เกิดโรงเรียนสุขภาวะต้นแบบที่สร้างเสริมสุขภาวะผู้เรียนได้ สร้างเครือข่ายในพื้นที่ของตนเองได้ ได้รูปแบบของชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ และเกิดพื้นที่ฐานการทำงานด้านสุขภาวะที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้เต็มพื้นที่¹ ทั้งนี้สภาพแวดล้อมทั้งบรรยากาศและวัฒนธรรมของโรงเรียนจะส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ทำให้สุขภาวะและความผาสุกของผู้เรียนดีขึ้น และมีความสุขในการเรียน⁸⁻⁹

จากความสำคัญดังกล่าว โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 มีจำนวนทั้งหมด 115 โรงเรียน พบว่า สถานศึกษาสังกัด

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 โรงเรียนบ้านตรัง อำเภอมายอ ได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรงเรียนสุภาพะ เพียง 1 โรงเรียน¹⁰⁻¹¹ ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นคนในพื้นที่ เคยได้รับการศึกษาจากโรงเรียนในเขตนี้และสำเร็จการศึกษาออกไปตระหนักถึงความสำคัญของสถานศึกษาว่าเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทั้งนี้โรงเรียนจะเป็นหน่วยหลักในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ผู้วิจัยจึงประเมินระดับโรงเรียนสุภาพะของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 เพื่อให้โรงเรียนทบทวนกระบวนการบริหารจัดการและการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียน ตามกรอบแนวคิดโรงเรียนสุภาพะ ผลการประเมินจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่า โรงเรียนมีความเป็นโรงเรียนสุภาพะมากน้อยเพียงใด จะได้ตัดสินใจเกี่ยวกับผลลัพธ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นกับโรงเรียน ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจ และนำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนสุภาพะด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับโรงเรียนสุภาพะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการสถานศึกษา ของสถานศึกษาของสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 จาก 115 โรงเรียน รวมประชากรทั้งสิ้น 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย รหัสสถานศึกษา อำเภอ เพศ ศาสนา สถานภาพ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ขนาดสถานศึกษา และกลุ่มโรงเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามโรงเรียนสุภาพะของมูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา³ ซึ่งไม่ได้ระบุการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แต่ผ่านกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัย และเก็บข้อมูลจากโรงเรียนในโครงการโรงเรียนสุภาพะ จำนวน 72 โรงเรียน ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนสุภาพะ จำนวน 2 รุ่น มีองค์ประกอบ 5 ด้าน 25 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น ด้านผู้เรียนเป็นสุข มี 7 ตัวชี้วัด ด้านโรงเรียนเป็นสุข มี 6 ตัวชี้วัด ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข มี 5 ตัวชี้วัด ด้านครอบครัวเป็นสุข มี 5 ตัวชี้วัด และด้านชุมชนเป็นสุข มี 3 ตัวชี้วัด แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำไปเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการสถานศึกษา ของสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 1 จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมของโรงเรียนที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนสุภาพะ เป็นข้อคำถามปลายเปิดจากองค์ประกอบของโรงเรียนสุภาพะ จำนวน 5 ด้าน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI 2019-017 ลงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 2 จำนวน 115 โรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงบรรยาย เพื่อหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสถานศึกษา และผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ คือ ข้อมูลส่วนตัวของผู้บริหารสถานศึกษา ได้แก่ รหัสสถานศึกษา อำเภอ เพศ ศาสนา สถานภาพ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ขนาดสถานศึกษา และกลุ่มโรงเรียน

ตอนที่ 2 แบบประเมินตนเองของโรงเรียน สุขภาวะ มี 5 องค์ประกอบ 25 ตัวชี้วัด วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 เป็นข้อคำถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมของโรงเรียนที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียน สุขภาวะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร จำนวน 115 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 71 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 สถานภาพเป็นผู้บริหารสถานศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 96.50 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 62.60 เป็นผู้อำนวยการสถานศึกษาขนาดเล็ก จำนวน 54 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 47.00 ขนาดกลาง จำนวน 48 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 41.70 และขนาดใหญ่ จำนวน 13 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 11.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ศึกษา (N = 115 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (N = 115)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	71	61.70
หญิง	44	38.30
ศาสนา		
พุทธ	54	47.00
อิสลาม	61	53.00
สถานภาพตำแหน่ง		
ผู้อำนวยการสถานศึกษา	115	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ศึกษา (N = 115 คน) (ต่อ)

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (N = 115)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	4	3.50
ปริญญาโท	111	96.50
ประสบการณ์ทำงาน		
ไม่เกิน 1 ปี	17	14.80
มากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	26	22.60
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	72	62.60
ขนาดสถานศึกษา		
ขนาดเล็ก (นักเรียน 1 – 120 คน)	54	47.00
ขนาดกลาง (นักเรียน 121 – 300 คน)	48	41.70
ขนาดใหญ่ (นักเรียน 301 คนขึ้นไป)	13	11.30

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินระดับโรงเรียน
 สุขภาวะของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขต
 พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 โดย
 ภาพรวมและรายด้าน พบว่า ระดับโรงเรียน
 สุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขต
 พื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 โดย
 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.51$, $SD=0.34$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านชุมชนเป็น
 สุขมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.57$, $SD=0.45$)
 รองลงมา ได้แก่ ด้านผู้เรียนเป็นสุข ด้าน
 โรงเรียนเป็นสุข ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุขและ
 ด้านครอบครัวเป็นสุข ($M=4.56$, 4.56 , 4.45 ,
 และ 4.44 , $SD=0.27$, 0.40 , 0.36 และ 0.51)
 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
 ประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

ผลการประเมิน	M	SD	แปลผล
ด้านชุมชนเป็นสุข	4.57	0.45	มากที่สุด
ด้านผู้เรียนเป็นสุข	4.56	0.27	มากที่สุด
ด้านโรงเรียนเป็นสุข	4.56	0.40	มากที่สุด
ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข	4.45	0.36	มาก
ด้านครอบครัวเป็นสุข	4.44	0.51	มาก
โดยรวม	4.51	0.34	มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมของโรงเรียนที่เอื้อต่อการเป็นโรงเรียนสุขภาวะ จากการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อเสนอแนะจากผู้อำนวยการสถานศึกษาให้โรงเรียนดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านผู้เรียนเป็นสุข

1.1 ส่งเสริมและสนับสนุน ปรับปรุง สื่อ อุปกรณ์ในการจัดการเรียนรู้ของนักเรียนทุกช่วงชั้น

1.2 มีมาตรการ กฎระเบียบของโรงเรียน และให้มีการปฏิบัติอย่างเข้มงวด

1.3 ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการอาหารกลางวัน โดยให้นักเรียนได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่

1.4 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ตรงกับ ความสนใจ และความถนัดของนักเรียน เหมาะสมกับพัฒนาการ และเกิดการเรียนรู้ อย่างสนุกสนาน และมีความสุข รวมทั้งให้นักเรียนมีส่วนร่วม โดยครูคอยเป็นเพียงผู้ชี้แนะ

2. ด้านโรงเรียนเป็นสุข

2.1 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน

2.2 มีการบริหารจัดการให้คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานศึกษาไปในทิศทางเดียวกัน

2.3 มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านนักเรียน อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2.4 มีที่พักผ่อนหรือสวนหย่อม

3. ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข

3.1 มีการจัดแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย

3.2 มีระบบการจัดการขยะ ทำความสะอาด

3.3 จัดสรรบุคลากรอื่นๆ ที่มาดูแลด้านสภาพแวดล้อม เช่น นักการภารโรงควรมีทุกโรงเรียน

3.4 จัดกิจกรรมให้นักเรียนฝึกมีความรับผิดชอบต่อ การอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

4. ด้านครอบครัวเป็นสุข

4.1 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครองนักเรียน

4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนแก่ผู้ปกครอง

4.3 จัดประชุมผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

4.4 ให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน

5. ด้านชุมชนเป็นสุข

5.1 ความสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชน โดยโรงเรียนเข้าไปช่วยชุมชนด้วยการร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาเพื่อการพัฒนาและนำชุมชนสู่ความเป็นสุข และเข้มแข็งของชุมชน

5.2 สร้างความตระหนักให้ชุมชน ให้มีความสำคัญต่อการพัฒนาสถานศึกษา

5.3 จัดกิจกรรมเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่โรงเรียน

อภิปรายผล

การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 โดยภาพรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านชุมชนเป็นสุขมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.45$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้อำนวยการสถานศึกษา เป็นคนในพื้นที่จึงมีความใกล้ชิดสนิทกับประชาชนบริเวณใกล้เคียง โรงเรียนและชุมชนจึงมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา³ ที่กล่าวถึง

ชุมชนเป็นสุข จะทำให้โรงเรียนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล และองค์กรในชุมชน อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาวะของนักเรียน และสถานศึกษาสามารถร่วมกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่น เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีการจัดการศึกษาอบรม มีการแสวงหาความรู้ข้อมูล ข่าวสาร และรู้จักเลือกสรรภูมิปัญญาและวิทยาการต่างๆ เพื่อพัฒนาชุมชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งหาวิธีการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระหว่างชุมชนตามพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 มาตรา 29¹² ด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ โรงเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับชุมชน และได้เข้าไปใช้ประโยชน์จากสถานที่ของชุมชน โดยชุมชนอำนวยความสะดวกและมีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างเต็มที่ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของนักเรียน ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงเกษตร ทำให้ลดต้นทุนและเกิดความคุ้มค่าทางโภชนาการที่มากขึ้นกับนักเรียน ทำให้เกิดความคุ้มค่าทางโภชนาการที่ดีขึ้น¹³ อีกทั้งการร่วมมือกับชุมชนเพื่อให้เกิดความสำนึกรักบ้านเกิด และอนุรักษ์ทรัพยากรในท้องถิ่นและชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีนโยบาย ระบบ และจัดการสิ่งแวดล้อมรองรับอันจะก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมของโรงเรียนมีสุขภาวะ เช่น นโยบายในประเทศสหรัฐอเมริกาของรัฐบาลกลางและมลรัฐอยู่ในสภาพคล่อง มีการออกพระราชบัญญัติเกี่ยวกับเด็กที่ปราศจากความหวาดเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และมีการเตรียมออก

พระราชบัญญัติ ให้โรงเรียนต้องมีนโยบายสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา นักเรียน ครอบครัวนักเรียน และสิ่งสำคัญคือการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่เยาวชนต้องมีบัญญัติในข้อกฎหมาย¹⁴ ซึ่งหากโรงเรียนมีนโยบายเหล่านี้จะก่อให้เกิดชุมชนเป็นสุขได้

การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะด้านผู้เรียนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.27$) ซึ่งด้านผู้เรียนเป็นสุขนั้น ผู้เรียนจะได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพกายแข็งแรง สามารถปฏิเสธให้ตนเองพ้นจากอันตราย มีอารมณ์ดี ร่าเริงแจ่มใส ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของ กระทรวงศึกษาธิการ¹⁵ ที่กำหนดว่า โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) ไม่ได้จัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานการเรียนรู้และตัวชี้วัดใน 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้ และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเพียงอย่างเดียว แต่ยังมุ่งสร้างคุณลักษณะและสมรรถนะ เพื่อให้ นักเรียนมีความเป็นมนุษย์ที่มีความสมดุล ทั้งด้านร่างกาย ความรู้ คุณธรรม มีจิตสำนึกในความเป็นพลเมืองไทยและพลโลก เป็นคนดี มีปัญญา มีความสุข มีศักยภาพในการศึกษาต่อ และประกอบอาชีพ โดยมีแนวทางการปกป้องคุ้มครองเด็กในสถานศึกษา ภายใต้แนวคิด “นักเรียนในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานทุกคนได้รับการปกป้องคุ้มครอง มีความสุขในการเรียนรู้ ในสถานศึกษาที่มีความปลอดภัย”¹⁵ นอกจากนี้ การที่ผู้เรียนมีจิตสาธารณะ อนุรักษ์ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม กระตือรือร้นให้ความสนใจในการเรียน มีวินัย รู้หน้าที่ มีความรับผิดชอบ นั้นแสดงถึงโรงเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 ได้ใส่ใจถึง

ความสุขของนักเรียน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะด้านโรงเรียนเป็นสุข โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.40$) โดยที่โรงเรียนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ และได้รับการฉีดวัคซีนตามวัย มีแผนการดำเนินงานที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การสอนที่ให้นักเรียนมีความสุขในการเรียนการสอน และมีความสุขในการเรียนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน มีกิจกรรม บุคลากร และแหล่งเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมการสร้างสุขภาวะทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา มีการบูรณาการกระบวนการเรียนรู้ในวิชาต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีสุขภาวะทั้งกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยสอดคล้องกับบริบทภายในโรงเรียนและท้องถิ่นของตน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงเรียนที่มีการกำหนดการฉีดวัคซีนให้กับนักเรียนนั้น จะช่วยให้โรคติดต่อบางโรคลดจำนวนลงได้อย่างดี เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ จึงมีการนำเสนอโนบายให้โรงเรียนสุขภาวะฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้กับเด็กที่มีสุขภาพดีทุกวัยอายุ 2-16 ปี¹⁶ การมีกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพจะช่วยให้นักเรียนได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพเชิงรุกที่ดีขึ้น¹⁷ รวมถึงเครือข่ายโรงเรียนสุขภาพที่ได้ดำเนินการ พบว่า สามารถลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับนักเรียนลงได้ ซึ่งมีการรายงานข้อมูลความเสี่ยงทางด้านสุขภาพเป็นตัวเลขเชิงปริมาณที่ชัดเจน เช่น การแพ้อาหาร การสร้างพื้นที่สีเขียว อาคารสีเขียวที่มีประสิทธิภาพสูง คุณภาพอากาศภายในอาคารสารตะกั่วในน้ำ นักเรียนในโครงการการศึกษาพิเศษ เป็นต้น⁸ ซึ่งทำให้โรงเรียนสามารถจัดการ

และวางแผนในกิจการของโรงเรียนได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้โรงเรียนที่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครูผู้สอนและมีการติดตามประเมินผลร่วมกันภายในโรงเรียน มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน จะทำให้ผลการดำเนินงานของโรงเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อตัวครูและนักเรียน โดยโรงเรียนที่มีการประเมินผลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านโรงเรียนสุขภาวะ โรงเรียนที่มีการจัดกระทำต่อภาวะสุขภาพของนักเรียน จะมีการตอบรับจากผู้ปกครอง ชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ปกครอง ชุมชน คณะกรรมการสถานศึกษาร้องขอให้มีการสื่อสารลักษณะนี้ให้มากขึ้น และต้องการให้ครอบคลุมหัวข้อที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพที่กว้างขึ้น¹⁸ ซึ่งหากโรงเรียนมีการส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลเหงือกและฟัน จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของเด็กดีขึ้น ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ¹⁹

การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.45$, $SD = 0.36$) ซึ่งพบว่าโรงเรียนเป็นเขตปลอดเหล้า-บุหรี่ การพนัน และสิ่งเสพติด โดยมีมาตรการและการดำเนินงานในการควบคุมเครื่องดื่มและแอลกอฮอล์ บุหรี่ การพนัน และสิ่งเสพติดในโรงเรียนอย่างเข้มงวด มีการคัดเลือกวัตถุดิบเครื่องดื่ม และอาหารว่างที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของนักเรียน มีการจัดสภาพบริเวณโรงเรียนให้มีบรรยากาศร่มรื่น มีบรรยากาศส่งเสริมการเรียนรู้ บรรยากาศในโรงเรียนและห้องเรียนเอื้อต่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน มีระบบป้องกันภัย และมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณิย์ วราห์คำ²⁰ ที่ศึกษาการจัดสภาพแวดล้อม

ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของโรงเรียนวัดจันทร์ประดิษฐาราม สังกัดสำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านอาคาร สถานที่ เป็นการตกแต่งอาคารสถานที่ สิ่งปลูกสร้าง มีความมั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความสะอาด อาคารเรียน อาคารประกอบ ห้องเรียน ห้องสมุด เหมาะสม และปลอดภัย นอกจากนี้ โรงเรียนที่ไม่มีสุขภาวะจะมีสัดส่วนของนักเรียนที่มีสุขภาวะที่ดีจำนวนน้อย มีสัดส่วนของนักเรียนที่ใช้สารเสพติดสูงที่สุด และมีนักเรียนที่มีสุขภาวะไม่ดี ในทางตรงกันข้าม สำหรับโรงเรียนที่มีสุขภาวะที่ดีจะพบว่า มีสัดส่วนของนักเรียนที่มีสุขภาวะดี มีสัดส่วนของการใช้สารเสพติดของนักเรียนน้อย และมีนักเรียนที่มีสุขภาวะไม่ดีจำนวนน้อย⁵ ดังนั้นโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยทำให้เกิดกระบวนการทางสุขภาวะที่ดีต่อผู้เรียน และลดปัญหาทางสุขภาพกับทั้งบุคลากรและนักเรียนลงได้

การประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะด้านครอบครัวเป็นสุข พบว่า โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = 0.51$) โรงเรียนมีกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองนักเรียน ครู เช่น กีฬา งานแสดงผลงานของนักเรียน อย่างน้อยภาคการศึกษาละ 1 กิจกรรม มีกระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนแนวทางการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทางต่างๆ ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะของโรงเรียน เช่น การอาสาเป็นวิทยากรท้องถิ่น การอาสาเป็นกรรมการสถานศึกษา เป็นต้น โรงเรียนและครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อร่วมพัฒนาสุขภาพนักเรียน ซึ่งจะพบว่าโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน ต้องเข้ามามี

ส่วนร่วมในสถานศึกษา ทั้งนี้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 ในหมวดที่ 2 ตามมาตรา 11 กล่าวถึงหน้าที่ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองในการจัดให้บุตรหรือบุคคลในความดูแลได้รับการศึกษาภาคบังคับตามมาตรา 17 และตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ได้รับการศึกษานอกเหนือจากการศึกษาภาคบังคับตามความพร้อมของครอบครัว¹²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การส่งเสริมให้เกิดโรงเรียนสุขภาวะ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน โรงเรียน ครอบครัว สภาพแวดล้อม และชุมชน เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาโดยใช้การสร้างเครือข่าย เพื่อพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นให้เข้มแข็งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารการศึกษา

ผู้บริหารสถานศึกษาสามารถนำผลการประเมินระดับโรงเรียนสุขภาวะไปวางแผนทางพัฒนาแผนกลยุทธ์ จัดโครงการ/กิจกรรม ในการขับเคลื่อนให้เกิดโรงเรียนสุขภาวะของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาปัตตานี เขต 2 ตามองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ทั้ง ด้านผู้เรียนเป็นสุข ด้านโรงเรียนเป็นสุข ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข ด้านครอบครัวเป็นสุข และด้านชุมชนเป็นสุข

ด้านการวิจัย

พัฒนาต่อยอดการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการดำเนินตามโรงเรียนสุขภาวะ ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาปัตตานี เขต 2

References

1. Erawan P, Erawan W. The assessment of the project of empowerment on education management to generate health in schools. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*. 2017;23(2):104-13. (in Thai).
2. Erawan P. Healthy schools promotion: An experience in Thailand. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 2015;186:513–21. (in Thai).
3. Institute for Research on Education System Foundation. Development tools to become a health school. Mahasarakham: Sarakham Printing Company; 2017.
4. Thai Health Promotion Foundation. Thai health master plan 2018-2020. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2018. (in Thai).
5. Allison KR, Adlaf EM, Irving HM, Mychasiw NS, Rehm J. The search for healthy schools: A multilevel latent class analysis of schools and their students. *Prev Med Rep*. 2016;4:331-7.
6. Shamsheun D, Chomeya R. Developing of the health school operating guidelines under Udonthani Primary Education Service Area Office 1. *Journal of Educational Administration and Supervision*. 2017;8(1):96-106. (in Thai)
7. Bunkanan B, Sringan K, Deelon S. A model of linear structural relationship of factors influencing on administration for health promoting schools at diamond level of basic educational schools. *Buabandit Journal of Educational Administration*. 2017;17(3):659-68. (in Thai)
8. Healthy school Network. Towards healthy schools: Reducing risks to children. USA: New York; 2016.
9. Cho EYN, Chan TMS. Children's wellbeing in a high-stakes testing environment: the case of Hong Kong. *Children and Youth Services Review*. 2020;109:11. (Article in Press).
10. Pattani Primary Educational Service Area Office, Area 2. Annual Plan of Action, Fiscal Year 2019. Revised ed Pattani, 2019. (in Thai).
11. Pattani Primary Educational Service Area Office, Area 2. Small School Management Plan 2016-2020. Pattani : Primary Educational Service Area Office, Area 2, 2016. (in Thai).
12. Ministry of Education. Education Act 1999. Bangkok: Teachers Council of Thailand, Ladprao; 1999. (in Thai).
13. Woodward-Lopez G, Kao J, Kiesel K, Miller ML, Boyle M, Drago-Ferguson S, et al. Is scratch-cooking a cost-effective way to prepare healthy school meals with US department of agriculture foods?. *J the Acad Nutr Diet*. 2014;114(9):1349-58.
14. Schroeder K, Kubik MY. Policy, systems, and environmental approaches to a healthy school environment. *J Adolesc Health*. 2019;65(2):169-70.
15. The Secretariat of the Council of Education, Ministry of Education. National

- Education Plan 2017-2036. Bangkok: Prigwhan Graphic Company 2017. (in Thai).
16. Thorringtona D, Jita M, Eames K. Targeted vaccination in healthy school children – Can primary school vaccination alone control influenza?. *Vaccine*. 2015; 33(41):5415–24.
17. Noraza RA, Norhayati NM, Rosediani M, Harmy YM. Prevalence of optimal cardiovascular screening activities and associated factors among apparently healthy school teachers in Kota Bharu, Kelantan. *J Taibah Univ Med Sci*. 2018; 13(2):188-94.
18. Askelson N, Brady P, Ryan G, Jung YS, Nguyen P, Scheidel C. P80 Mixed methods evaluation of healthy schools' healthy students: Implementation and outcomes from a school-based intervention. *J Nutr Educ Behav*. 2019;51(7 Supplement): S68.
19. Kururatana O. The effects of sense of coherence intervention on Thai students plaque level and gingival status in Chonburi Province. *Journal of Health Science Research*. 2018;12(Supplement): 1-11. (in Thai).
20. Warakhum T. A Study of environmental management contributed to learning of Watchanpradittharam School, Phasicharoen District Master of Education [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วิไลพร ขำวงษ์* จตุพร หนูสวัสดิ์** ทานตะวัน แยมบุญเรือง** ญานิศา เกื้อนเจริญ**

บทคัดย่อ

บทนำ : จากสภาพร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เสื่อมถอยลงตามวัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมจากการเกษียณอายุการทำงาน หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะสุขภาพจิตต่ำ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 385 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทยฉบับสั้น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.70 (SD = 5.38) โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส การมีรายได้ การมีโรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย และความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่า มีเพียงพฤติกรรมการออกกำลังกายและการติดตามข่าวสารต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .112, p < .05, r = .143, p < .01$) ตามลำดับ

สรุปผล : พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การออกกำลังกายและการติดตามข่าวสารมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรต่างๆ ครอบครัว และชุมชนควรให้ความสำคัญในการนำพฤติกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้มาวางแผนและจัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: wionwanna@yahoo.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

Correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health, and mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand

Wilaiporn Khamwong* Jatuporn Hnoosawutt** Tantawan Yamboonruang** Yanisa Teunjarern**

Abstract

Background: From the physical conditions and functions of various organs deteriorating with age, and social changes following retirement, if the elderly have inappropriate self-care behaviors, they could develop physical health problems caused by chronic diseases, poor mental health and an increased risk for mental health problems.

Objectives: This research aimed to study the correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health, and mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province.

Methods: This was a cross-sectional descriptive research. The sample consisted of 385 elders who lived in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province. The research instruments included Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) and Self-Care Behaviors Regarding Mental Health. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The elderly persons had an overall mental health average score of 48.70 (SD = 5.38). It was found that personal factors, including marital status, having income, having medical conditions, living characteristics and family relationships, were significantly correlated with mental health of the elderly persons. For self-care behaviors regarding mental health, it was found that only exercise and following the news had positive significant correlation with mental health of the elderly persons ($r = .112$, $p < .05$; $r = .143$, $p < .01$), respectively.

Conclusion: The findings revealed that self-care behaviors regarding mental health consisted of exercise and following the news had a significant correlation with mental health of the elders. Therefore, public health agencies, other organizations, families and communities should give priority to these self-care behaviors in planning and implementing activities to promote better mental health status for elderly persons.

Keywords: elderlys, mental health, self-care behavior

*Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand, Email: wionwanna@yahoo.com

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

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นหนึ่งใน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญ โดยหลายประเทศทั่วโลกต้องเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดลง อัตราการตายของประชากรผู้สูงอายุลดลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์สัดส่วนประชากรโลกไว้ว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 900 ล้านคน (ร้อยละ 12.00) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2 พันล้านคน (ร้อยละ 22.00) ในปี พ.ศ. 2593 โดยพบว่าทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) และเป็นประเทศแรกๆ ของโลก¹ ในประเทศไทยพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีการเติบโตเป็นอันดับ 2 ในทวีปเอเชีย รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 16.7 ล้านคน โดยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2564 และในปี พ.ศ. 2574 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.00²

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม³ โดยสภาพร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จะเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย ยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมามาก

ยิ่งขึ้น จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม หัวใจขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อม ไตวาย ปัญหาการได้ยินและเป็นผู้ป่วยติดเตียง⁴⁻⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากการเกษียณอายุการทำงาน ผู้สูงอายุอาจรู้สึกไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวลสูง กลัวถูกทอดทิ้ง นอนไม่หลับ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งการเจ็บป่วยและการเสื่อมลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ สุขภาพ สังคมและจิตใจ เนื่องจากต้องกลายเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุบางคนอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ และการมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ⁶⁻⁷

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายๆ ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสและความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุน

ทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน⁴ รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก็มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่อง⁸ เพื่อปรับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละช่วงของชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยความตั้งใจและมุ่งเป้าหมายซึ่งพฤติกรรมที่มีเป้าหมายจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการคิดและการกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายของบุคคล จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใส่ใจในการดูแลสุขภาพจิตและปรับตัวให้เหมาะสมเป็นอย่างมาก หากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมความพร้อมในการปรับตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

จากสถิติประชากรของจังหวัดนนทบุรีพบว่า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,211,924 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 195,663 คน (ร้อยละ 16.14)⁹ ในอำเภอเมืองนนทบุรีมีประชากรทั้งหมด 53,650 คน และเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 8,359 คน (ร้อยละ 15.58)¹⁰ นอกจากนี้ลักษณะสังคมของจังหวัดนนทบุรีเป็นเขตปริมณฑลที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมหรือชนบทเป็นสังคมอุตสาหกรรมหรือเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบครอบครัว โดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนถูก

ทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างครอบคลุม รวมทั้งหาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพจิตและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 8,359 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 385 คน การเลือกตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยประสานผ่านชมรมผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี เกณฑ์การ

คัดเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และการมีโรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15: TMHI-15) มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ข้อคำถามจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 3 4 และ 5 และข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด เมื่อรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้ง 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งภาวะสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ อภิชัย มงคล และคณะ¹¹ ดังนี้ 51-60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ 44-50 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่ 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพ

ของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ต่ำกว่า/น้อยกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ ในกรณีที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จะต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยสามารถขอรับบริการการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ทำหรือเกือบไม่ทำเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง ประจำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน และหาความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .72 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร จังหวัดนนทบุรี เลขที่ใบรับรอง 3/ 2558 ลงวันที่ 29 เมษายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.50) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 61.30) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.00) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรและหลานมากที่สุด (ร้อยละ 24.40) รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 21.80) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี (ร้อยละ 93.20) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 26.80) ส่วนตัวอย่างที่มี

รายได้ พบว่า มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 47.80) มีเงินพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 44.40) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ในชุมชน (ร้อยละ 56.40) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.10) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 36.90) รองลงมา คือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.90)

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.70 (SD = 5.38) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 47.30) รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 36.60) และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 16.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต (n=385)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good)	141	36.60
มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	182	47.30
มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	62	16.10
คะแนนสุขภาพจิตโดยรวม (M = 48.70, SD = 5.38)		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ใน

ครอบครัว การมีรายได้ และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n= 385)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม	χ^2	df	p
	ต่ำกว่า คนทั่วไป (Poor)	เท่ากับ คนทั่วไป (Fair)	มากกว่า คนทั่วไป (Good)				
อายุ (ปี)							
60-69	32(8.30)	114(29.60)	90(23.40)	236(61.30)	4.21	6	.648
70-79	17(4.40)	42(10.90)	28(7.30)	87(22.6)			
80-89	11(2.90)	24(6.20)	20(5.20)	55(14.3)			
90 ขึ้นไป	2(0.5)	2(0.5)	3(0.8)	7(1.8)			
เพศ							
ชาย	15(3.9)	54(14.0)	37(9.6)	106(27.5)	.88	2	.664
หญิง	47(12.2)	128(33.3)	104(27.0)	279(72.5)			
สถานภาพสมรส							
โสด	12(3.1)	18(4.7)	8(2.1)	38(9.9)	21.46	6	.002*
คู่	25(6.5)	124(32.2)	86(22.3)	235(61.0)			
หม้าย	19(4.9)	27(7.0)	35(9.1)	81(21.0)			
หย่า/แยกกันอยู่	6(1.6)	13(3.4)	12(3.1)	31(8.1)			
ลักษณะการอยู่อาศัย							
อยู่คนเดียว	12(3.1)	13(3.4)	8(2.1)	33(8.6)	29.84	14	.008*
อยู่กับคู่สมรส	8(2.1)	20(5.2)	11(2.9)	39(10.1)			
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	8(2.1)	46(11.9)	30(7.8)	84(21.8)			
อยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน	7(1.8)	51(13.2)	36(9.4)	94(24.4)			
อยู่กับบุตร	16(4.2)	33(8.6)	34(8.8)	83(21.6)			
อยู่กับหลาน	2(0.5)	5(1.3)	7(1.8)	14(3.6)			
อยู่กับญาติ	9(2.3)	10(2.6)	11(2.9)	30(7.8)			
อื่นๆ	0(0)	4(1.05)	4(1.05)	8(2.1)			
ความสัมพันธ์ในครอบครัว							
รักใคร่กันดี	50(13.0)	170(44.2)	139(36.1)	359(93.2)	26.57	6	.000*
ต่างคนต่างอยู่	8(2.1)	6(1.6)	1(0.3)	15(3.9)			
มีความขัดแย้งกัน	4(1)	6(1.6)	1(0.3)	11(2.9)			
การมีรายได้							
ไม่มี	10(2.6)	46(12)	47(12.2)	103(26.8)	6.89	2	.032*
มี	52(13.5)	136(35.3)	94(24.4)	282(73.2)			
ความเพียงพอของรายได้							
พอใช้เหลือเก็บ	18(4.7)	61(15.8)	63(16.4)	142(36.9)	10.32	6	.112
พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ	31(8.1)	87(22.6)	53(13.8)	171(44.4)			
ไม่พอใช้	13(3.4)	34(8.8)	25(6.5)	72(18.7)			

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			รวม	χ^2	df	p
	ต่ำกว่า	เท่ากับ	มากกว่า				
	คนทั่วไป (Poor)	คนทั่วไป (Fair)	คนทั่วไป (Good)				
การเป็นสมาชิกของชมรมต่างๆ							
ไม่เป็น	36(9.4)	100(26.0)	81(21.0)	217(56.4)	5.61	4	.230
เป็น	26(6.8)	82(21.3)	60(15.6)	168(43.6)			
การมีโรคประจำตัว							
ไม่มี	25(6.5)	56(14.5)	34(8.8)	115(29.9)	10.11	4	.038*
มี	37(9.6)	126(32.7)	107(27.8)	270(70.1)			

*P< .05

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิต

ของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการติดตามข่าวสารต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .112$, $r = .143$ $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n= 385)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ภาวะสุขภาพจิต	
	r	p
ทำงานอดิเรก	.019	.714
ออกกำลังกาย	.112	.028*
ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.061	.232
เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรม	-.040	.435
การติดตามข่าวสารต่างๆ	.143	.005*
ทำกิจกรรมเพื่อความบันเทิง	.016	.751
ไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ	-.003	.950
ทำกิจกรรมเครือข่ายสังคมออนไลน์	.047	.354
พูดคุยกับผู้อื่นเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	.034	.501

*P< .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.70 (SD = 5.38) โดยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 47.30) รองลงมา คือ มีภาวะสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 36.60) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปันณทัต ตันธนปัญญากร และคณะ¹² ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและพบว่า ตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 48.10 (SD = 5.62) โดยตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สามารถอธิบายได้ว่าจากทฤษฎีของ Erikson¹³ อธิบายว่า พัฒนาการของผู้สูงอายุมีพื้นฐานมาจากการปรับตัวในช่วงต้นของชีวิต โดยการแสวงหาความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งเกิดจากการผ่านพัฒนาการในขั้นต่างๆ มาเป็นอย่างดี มีการยอมรับความจริง ใช้คุณค่าจากการสั่งสมประสบการณ์มาทำให้เกิดประโยชน์แก่คนรุ่นหลัง มีความทรงจำที่ดี มีความสุขในอดีต ทำให้มีทัศนคติที่ดีๆ ต่อตนเองและสิ่งรอบตัว ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับและมากกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรและหลาน มีรายได้และมีเงินพอใช้ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตปกติ

แต่อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ถึงร้อยละ 16.10 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปันณทัต ตันธนปัญญากร และคณะ¹² และผลการวิจัยของ ภาวิน ทองไชย¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่า

คนทั่วไป ร้อยละ 17.10 และ 17.90 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเมืองที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่พอใช้ ไม่เป็นสมาชิกชมรมต่างๆ รวมทั้งมีปัญหาทางด้านสุขภาพจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยหรือมีโรคประจำตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและเกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้คำปรึกษาและส่งต่อไปยังสถานบริการด้านสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีรายได้และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.00) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิชาญ ชูรัตน์และคณะ¹⁵ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ¹⁶ และ ปันณทัต ตันธนปัญญากร และคณะ¹² โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิต

เท่ากับคนทั่วไป อาจเป็นเพราะคู่สมรสทำให้เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการวางแผนร่วมกัน มีความใกล้ชิดและใช้เวลาว่างร่วมกัน ทำให้เกิดการส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความอดทน ความเสียสละและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ร่วมกันจัดการการเงินที่ดี ซึ่งต่างจากผู้ที่มิสถานภาพสมรสโสด หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่ ที่จะไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคนคอยห่วงใย ขาดคู่คิดและให้คำปรึกษา ขาดคนดูแล โดยเฉพาะกรณีที่มีโรคประจำตัว ทำให้ต้องใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากแม้กระทั่งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ

ลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสบุตรและหลาน (ร้อยละ 24.40) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ ดีเมฆและคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอารมณ์ดี ร่าเริง สนุกสนานและมองโลกในแง่ดีในการอยู่ร่วมกันทางครอบครัว นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของชญัญนาช ไพรวงษ์และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่นในการดูแลสุขภาพ อธิบายได้ว่า ลักษณะการอยู่อาศัยมีผลต่อผู้สูงอายุ โดยการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีความสุข และได้รับการดูแลด้านสุขภาพ รวมทั้งเมื่อรู้สึกท้อแท้ ก็จะได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและจากการมีเพื่อนคุย แต่หากผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นจะทำให้มีความรู้สึกกลัวว่าเมื่อเจ็บป่วยจะอยู่

ลำบาก อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง รู้สึกอ่อนไหวง่าย เกิดความเครียดสะสมและซึมเศร้าได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี (ร้อยละ 93.20) ซึ่งสอดคล้องกับ ปัทมทัต ตันธนปัญญากรและคณะ¹² ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 93.30) โดยเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัวจึงเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้นสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมเมือง สถาบันครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สนทนา พูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ และปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การมีรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิชาญ ชูรัตน์และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหา

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปัทมทัต ตันธนปัญญากร และคณะ¹² ที่พบว่าความพึงพอใจของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ¹⁶ ที่พบว่าความมั่นคงในฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้ชีวิต อีกทั้งเป็นปัจจัยหลักของความมั่นคงทางจิตใจ เช่น จำเป็นต้องจ่ายให้บุตรหลานในวันสำคัญ การทำบุญค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน หรือใช้จ่ายส่วนตัวตามอัธยาศัยเพื่อความมั่นคงทางจิตใจในบั้นปลายชีวิต หรือแม้แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.10) สอดคล้องกับการศึกษาของเศกนก จงรัตน์และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 โรคที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ และคณะ²⁰ ที่พบว่า ชุมชนให้ความหมายของสุขภาพจิตดีคือ การมีใจที่ปกติ ไม่ป่วยไข้ ปรับตัวได้เร็ว และทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งอธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ กิจวัตรชีวิตประจำวันและกิจกรรมที่ชอบ การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจึงส่งผลต่อเศรษฐกิจครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ใจน้อยเนื้อต่ำใจ กลัวเป็นภาระของบุคคลอื่น การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกทางลบทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชนหรือสังคม และต่ออนาคตของตัวผู้สูงอายุด้วย

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .112, p < .05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายบ่อยครั้งและเป็นประจำ (ร้อยละ 45.46) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของภาวิน ทองไชย¹⁴ ที่พบว่า การออกกำลังกายเป็นหนึ่งในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการติดตามข่าวสารต่างๆ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .143, p < .05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ (ร้อยละ 60.52) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของภาวิน ทองไชย¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ และยังพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักทำในเวลาว่างนอกจากการดูแลบ้านเรือนแล้ว ยังมีการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง (ร้อยละ 66.10) แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันสื่อและเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้นต่อการใช้ชีวิตประจำวันของทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ที่มีจำนวนช่องและช่วงเวลาการออกอากาศตลอดทั้งวัน รูปแบบรายการมีให้เลือกหลากหลาย เช่น ข่าว การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ บันเทิง เกมโชว์ ตลก หรือละครสร้างสรรค์อื่นๆ

ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกดูรายการที่ชื่นชอบและช่วงเวลาที่จะดูได้ตามที่ต้องการ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่น้อยลงเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุภาวะการเจ็บป่วยหรือความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับบ้านและมีเวลาดูโทรทัศน์มากขึ้น โทรทัศน์จึงเป็นเหมือนเพื่อนแก้เหงา²¹ ทำให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันข่าวสารบ้านเมืองและการเปลี่ยนแปลงในสังคม แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรเลือกเสพสื่อและดูรายการที่มีความเหมาะสม ควรเป็นรายการที่ไม่เป็นการโน้มน้าวจิตใจหรือมีผลต่ออารมณ์รุนแรง เพราะการฟังและติดตามดูรายการดังกล่าวเป็นเวลานานๆ รวมถึงการอยู่เพียงลำพัง อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกซ้ำซากจำเจ เกิดความเครียดสะสมและภาวะซึมเศร้าได้ ครอบครัวและบุตรหลานจึงควรให้ความสนใจ ดูแลอย่างใกล้ชิดและพาผู้สูงอายุออกไปเปลี่ยนบรรยากาศและทำกิจกรรมอื่นอย่างสม่ำเสมอ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส การมีรายได้ การมีโรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัยและความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่า มีเพียงการออกกำลังกาย และพฤติกรรมติดตามข่าวสารต่าง ๆ เท่านั้น ที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ควรร่วมกันวางแผนและจัดกิจกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัว ส่งเสริมการออกกำลังกาย การติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และวิจัยต่อยอดการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมหรือวิธีการพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2018 [cited 2018 May 9]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. National Statistical Office. Report on The 2017 survey of the older persons in

- Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2018. (in Thai).
3. Mapobsuk W. General psychology. Bangkok: Academic Promotion; 2012. (in Thai).
4. Department of Health, Ministry of Public Health. 2013 survey of older persons' well-being in Thailand. Nonthaburi: Wacharin P.P Printing; 2013. (in Thai).
5. Aekplakorn W, Pukcharoen H, Thaikla K, Sathiennoppakao W. 2016 Thai national health examination survey, NHES V. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2016. (in Thai).
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Family mental health handbook. Nonthaburi: Udomseuksa Limited Partnership; (2012). (in Thai).
7. Gray R. Determinants of mental health among older persons. Journal of Thai Population Association. 2012;3(2):45-63. (in Thai).
8. Hill L, Smith, N. Self-care: Nursing promotion of health. (2nd ed). Norwalk, CA: Appleton& Lange; 1990.
9. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of older persons in Thailand [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 10]; Available from: http://www.dop.go.th/main/knowledge_lists.php?id=34. (in Thai).
10. Department of Provincial dministration. Official Statistics Registration Systems: Population by age, Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 10]; Available from: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php. (in Thai).
11. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing Thai Mental Health Indicator Version 2007. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;54(3):299-316. (in Thai).
12. Tanthanapanyakorn P, Sanguanchue A, Arsa R. Factors associated to mental health status of older people in Nang Rong District, Buriram Province. Journal of Nursing and Education. 2019;12:68-85. (in Thai).
13. Ericson, EH. Childhood and society. 2nd Ed. New York; 1963.
14. Pawin Thongchai. Mental Health and self care of the elderly in the aging club at Khlong San District, Bangkok [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
15. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. Thai Population Journal. 2012;3(2):87-109. (in Thai).
16. Wongpoom T. Factors influencing psychological health of Thai elderly population in Chiangmai Province [Master's thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2010. (in Thai).
17. Jongrat K, Ridchuayrod S, Wongmek N, Rattanakhot P. Health status and quality of life of dependent elderly in Thungsong Municipality, Nakhon Si Thammarat

- Province. Journal of Health Science. 2019;28(6):1013-20. (in Thai).
18. Deemek P, Chanthiya J. Self-care behaviors of elderly in Ban Mai Seri Tham District Chiang Thong, Wang Chao Tak. The 2nd Kamphaeng Phet Rajabhat University National Conference. 22nd December 2015; Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Rajabhat University; p.612-19.
 19. Praiwong C, Apinundecha C, Yanggratoke S, Chaisiri K, Satayavongthip W. Factors related to health care behavior among the elderly, Banmai sub-district, mueang district, Nakhon ratchasima province. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences). 2018;4(1):380-39. (in Thai).
 20. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017;62(3):257-70. (in Thai).
 21. Nitipai boon J, Thongrin S, Torkaew W. Television programs development for elderly. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkron Rajabhat University. 2016;10 (2):21-39. (in Thai).

Symptom experiences and quality of life of Vietnamese patients with advanced cancer

Diep Thi Tieu Mai* Tiraporn Junda** Bualuang Sumdaengrit***

Abstract

Background: Little is known about the symptom experiences and quality of life (QOL) of patients with advanced cancer in Vietnam.

Objectives: To describe the symptom experiences and examine their relationships with QOL of Vietnamese patients with advanced cancer.

Methods: The study was conducted among 120 patients with advanced cancer treated in an Oncology Hospital, Vietnam. Symptom experiences were measured using a Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS). QOL was measured using the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze the data.

Results: The participants experienced an average of 15.49 symptoms SD = 5.57, (range = 2 – 28). Sleeping difficulty was the most frequent symptom ($M = 2.76$, SD = 0.86) followed by pain ($M = 2.72$, SD = 0.82) and worrying ($M = 2.56$, SD = 0.83), whereas pain was the most severe ($M = 2.36$, SD = 0.85), followed by distress symptoms ($M = 2.19$, SD=1.18). Their QOL was at a moderate level ($M = 55.43$, SD = 9.64), although poorer than other Asian and Western counterparts. Symptom occurrence, symptom frequency, symptom severity, and symptom distress had significant negative correlations with QOL ($r = -.598$, $P < .01$; $r = -.623$, $P < .01$; $r = -.628$, $P < .01$; $r = -.565$, $P < .01$, respectively).

Conclusions: Nurses and healthcare professionals should pay attention to patient's symptom experiences, primarily pain and psychological symptoms.

Keywords: quality of life, patients with advanced cancer, symptom experiences, Vietnam

*Master of Nursing Science Program (International Program), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Faculty of Nursing, Danang University of Medical Technology and Pharmacy, Danang, Vietnam.

**Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, E-mail: tiraporn.jun@mahidol.edu

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: April 28, 2020

Revised: October 19, 2020

Accepted: November 19, 2020

ประสบการณ์การมีอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวเวียดนาม ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม

Diep Thi Tieu Mai*, ธีราภรณ์ จันทร์ดา**, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์***

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันยังมีความจำกัดทางด้านความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศเวียดนาม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ และความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชาวเวียดนาม

วิธีการวิจัย : ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 120 คนที่โรงพยาบาลมะเร็งในประเทศเวียดนาม ประเมินอาการโดยใช้แบบวัดการย้อนนึกถึงอาการ และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่จากการรักษามะเร็ง-แบบทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการโดยเฉลี่ย 15.49 อาการ (SD = 5.57, (พิสัย = 2-28) อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความยากลำบากในการนอน ($M = 2.76$, $SD = 0.86$) รองลงมา คือ ความปวด ($M = 2.72$, $SD = 0.82$) และความวิตกกังวล ($M = 2.56$, $SD = 0.83$) ความปวดมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด ($M = 2.36$, $SD = 0.85$) และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด ($M = 2.19$, $SD = 1.18$) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 55.43$, $SD = 9.64$) แต่อยู่ในระดับที่น้อยกว่าประเทศในแถบเอเชียและตะวันตก การเกิดอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($r = -.598$, $P < .01$; $r = -.623$, $P < .01$; $r = -.628$, $P < .01$; $r = -.565$, $P < .01$ ตามลำดับ)

สรุปผล : พยาบาล และทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอาการปวดและอาการทางด้านจิตใจ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์อาการ ประเทศเวียดนาม

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลและ คณะพยาบาลศาสตร์ ดานังมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีการแพทย์และเภสัชศาสตร์ ประเทศเวียดนาม

**โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

E-mail: tiraporn.jun@mahidol.edu

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Introduction

Cancer is an account for the second non-communicable disease deaths in Vietnam.¹ Most of the Vietnamese cancer patients were diagnosed at stage III and IV of diseases.² The unawareness of signs and symptoms, the insufficiency of economy, the less intention to undergo screening, and the weak referral systems contributes to the late diagnosis among Vietnamese cancer patients.³⁻⁴ By and large, cancer patients with late stages have high-risk of symptom burden, low chance of survival, financial hardship, and impairment of quality of life (QOL).⁵

Despite the fact that, advanced cancer patients are faced with numerous symptoms that influence the functional status, emotional status, cost of treatments, QOL, and ability of self-care,⁶⁻⁷ the experiences of multiple symptoms are unknown in patients with advanced cancer in Vietnam. Studies on symptom experiences among cancer patients in Vietnam mainly conducted on a single symptom and focused on pain and depression.^{2,8} Moreover, pain management remains poor with high prevalence, severity, and no relief after treatments in Vietnamese patients with cancer.⁹⁻¹⁰ While substantial evidence revealed that pain and pain and depression correlated with the QOL of cancer patients, a report in Vietnam indicated that some advanced cancer had inadequate pain treatment leading to poor QOL among them.¹¹

According to Symptom Management

Model,¹² a symptom could be measured by its occurrence, frequency, severity, and distress; however, Vietnamese studies reported only symptom occurrence and symptom severity which were not all dimensions.^{8,11} In addition, the relationship between multiple symptom experiences and QOL with advanced cancer patients of Vietnam is still unknown due to the lack of information on their different symptom experiences.

Therefore, this study aimed to describe the symptom experiences in patients with advanced cancer in Vietnam, and examine the relationship between symptom experiences and QOL. The results of this study will provide a capture on multiple symptom experiences and their relationships with the QOL of patients with advanced cancer in the context of Vietnam. These vital results will help health care providers plan appropriate programs in releasing patients' symptom and improving their QOL.

Objective: To describe the symptom experiences and explore their correlations with QOL of Vietnamese patients with advanced cancer.

Methods

This study was a cross-sectional study conducted at an oncology hospital - the major oncology hospital in the central region of Vietnam.

Participants

Patients identified through Tumor-Node-Metastasis classification. The eligible

patients were: 1) at 18 years or older; 2) diagnosed with stage III or IV of cancer; 3) diagnosed at least one month previous the enrollment. Patients with hematologic cancer were not recruited due to a different classification. Patients had 60 years old, and older were excluded if they did not pass the cognitive screening by the Six-Item Cognitive Impairment Test. The sample size was computed with power at 0.90, an effect size of 0.3, and an alpha level at 0.05. The number of participants was added more than 5% to minimize the systematic bias or missing data. Thus, 120 patients were conveniently enrolled to the study.

Ethical Approval

Participation in this study was voluntary. Patients could refuse or withdrawn from the study without any negative consequences to their treatments. The privacy of participants was kept a secret when the study was published. The Institutional Review Board (IRB), Ramathibodi Hospital, Mahidol University has approved the study with the Certificate of Approval No MURA2017/722 (ID 10-60-46). The administration of the oncology hospital has permitted to collect data.

Procedures

First, the patients who were suitable for the study were listed regarding the medical records and suggestions from clinical nurses. Second, the researcher

conveniently approached the patients who reach the recruited criteria and were willingness to join the study, gave information about the research purposes, procedure, and the right to withdraw at any time. Then, the researcher asked for verbal and written informed consent. It took about 20 to 30 minutes to filling questionnaires. All questionnaires were checked to ensure the data completeness. Data were collected from November, 2017 to January 2018.

Measurement

The questionnaires consisted of 3 sections, as followed:

1. The demographic and clinical-related questionnaire consisted of the self-report questionnaire of general information regarding gender, age, residential region, religion, income, etc. The clinical-related questionnaire; cancer stage, metastasis, comorbidities, treatments, and pain management, was obtained from the medical records.

2. The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) developed by Portenoy (1994), was used to measure symptom experiences. MSAS was permitted to use in this study. It consists of 32 physical and psychological symptoms. Twenty-four symptoms were measured in four dimensions: the symptom occurrence, frequency, severity, and distress. The other eight symptoms were measured three dimensions: symptom frequency, severity, and symptom distress. The symptom

occurrence was measured as either present or absent. The symptom frequency was rated using a four-point Likert scale range from 1 (rarely) to 4 (almost constantly). The symptom severity was measured using a four-point Likert scale from 1 (slight) to 4 (very severe). The symptom distress was rated using a five-point Likert scale ranged from 0 (not at all) to 4 (very much). The total scores of each dimension were calculated by sum up all items score. A higher score indicated higher symptom occurrence, greater symptom frequency, greater symptom severity, and higher symptom distress. The Cronbach's alpha coefficient of high prevalence physical symptoms and psychological symptoms were .88 and .83 respectively.

The MSAS was translated into Vietnamese language using a standard forward-backward translation.¹³ In this study, the Cronbach's alpha of Vietnamese-MSAS was .75 for physical symptoms, .80 for psychological symptoms, .82 for Global Distress Index, and .81 for total MSAS score.

3. The Functional Assessment of Cancer Therapy- General (FACT-G) was used to measure quality of life. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy organization has approved for using the FACT-G measurement (Vietnamese version).¹⁴ It consists of 27 items related to four dimensions which include physical well-being (PWB),

emotional well-being (EWB), family/ social well-being (FSWB) and functional well-being (FWB). Each item was measured by 5 points Likert scale range from 0 (not at all) to 4 (very much). PWB, SFWB, and FWB had 7 items with a total score for each subscale range from 0 to 28. EWB had 6 items with a total score range from 0 to 24. The FACT-G score was calculated by summing up PWB, SFWB, FWB, and EWB scores, range from 0 to 108. Higher FACT-G score reflected better QOL. The original FACT – G scale showed the high internal consistency with Cronbach's alpha coefficient at 0.89. In this study, the Cronbach's alpha of Vietnamese version of FACT-G was .80 for PWB, .83 for SFWB, .80 for EWB, .87 for FWB, and .83 for total FACT-G score.

Data Analysis

Data was analyzed using SPSS version 21. Statistical descriptive was used to describe the general information, clinical-related characteristics, symptom experiences, and QOL. The data satisfied the normality test with z-score within -2 to +2. The scatter plot matrix and scatter plot of the residuals showed the linearity and homoscedasticity of data. No outliers were observed in any variables. The relationship between symptom experience and QOL was examined by using the Pearson correlation coefficients with the significant level at .05.

Results

One hundred and twenty patients participated in the study. The mean of age was 56.88 years (SD = 13.60; range = 22 - 87). Over half of them (65.80%) were male. Most of them were non-religion (73.30%). Nearly half of participants (46.70%) perceived that they had insufficient financial status. Most of the participants (99.20%) had health insurance in which 57.50% of participants received full coverage from health insurance.

The mean of length of diagnosis was 1.34 years (SD = 1.61; Median = 0.60; range = 1 month - 7.87 years). Most of the participants (78.30%) had been diagnosed cancer at stage IV. Nearly half of them had lung cancer (40.80%) and metastasis (45.00%). About one-quarter of participants were treated by chemotherapy (28.30%). For pain management, they took tramadol (55.80%) and morphine (22.50%).

Table 1 showed the symptom experiences in patients with advanced cancer. The participants experienced an average of 15.49 symptoms (SD = 5.57, range = 2 - 28). Pain occurred in 94.20% of patients, followed by sleeping difficulty (83.30%), worrying

(80.00%), lack of appetite (77.50%), and weight loss (75.80%).

Most of the symptoms occurred occasionally. The mean of symptom frequency ranged from 1.52 to 2.76. The most frequent symptom was difficult sleeping ($M = 2.76$, $SD = 0.86$), followed by numbness/tingling in hands/feet ($M = 2.75$, $SD = 0.90$), pain ($M = 2.72$, $SD = 0.82$), worrying ($M = 2.56$, $SD = 0.83$), and lack of appetite ($M = 2.54$, $SD = 0.92$).

The mean of symptom severity ranged from 1.35 to 2.36. Most of the symptoms were reported as moderate severity. Pain was the most severe symptom ($M = 2.36$, $SD = 0.85$), followed by sleeping difficulty ($M = 2.33$, $SD = 0.79$), weight loss ($M = 2.22$, $SD = 0.83$), lack of appetite ($M = 2.15$, $SD = 0.82$), and worrying ($M = 2.07$, $SD = 0.86$).

The mean of symptom distress ranged from 0.57 to 2.19. The most distress symptom was pain ($M = 2.19$, $SD = 1.18$), followed by sleeping difficulty ($M = 1.89$, $SD = 1.24$), worrying ($M = 1.87$, $SD = 1.23$), "I don't look like myself" or the body image dissatisfaction ($M = 1.85$, $SD = 1.02$), and weight loss ($M = 1.72$, $SD = 1.04$).

Table 1. Symptom experiences in patients with advanced cancer (N = 120)

Symptoms		Occurrence	Frequency	Severity	Distress
		No. (%)	$M \pm SD$	$M \pm SD$	$M \pm SD$
01	Pain	113 (94.2) ¹	2.72 $\pm$ 0.82 ³	2.36 $\pm$ 0.85 ¹	2.19 $\pm$ 1.18 ¹
02	Sleeping difficulty	100 (83.3) ²	2.76 $\pm$ 0.86 ¹	2.33 $\pm$ 0.79 ²	1.89 $\pm$ 1.24 ²
03	Worrying	96 (80.0) ³	2.56 $\pm$ 0.83 ⁴	2.07 $\pm$ 0.86 ⁵	1.87 $\pm$ 1.23 ³
04	Lack of appetite	93 (77.5) ⁴	2.54 $\pm$ 0.92 ⁵	2.15 $\pm$ 0.82 ⁴	1.69 $\pm$ 1.18

Table 1. Symptom experiences in patients with advanced cancer (N = 120) (continue)

Symptoms		Occurrence	Frequency	Severity	Distress
		No. (%)	<i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>M</i> ± <i>SD</i>
05	Weight loss	91 (75.8) ⁵	-	2.22 ± 0.83 ³	1.72 ± 1.04 ⁵
06	"I don't look like myself"	72 (60.0)	-	1.97 ± 0.8	1.85 ± 1.02 ⁴
07	Numbness/tingling in hands/feet	56 (46.7)	2.75 ± 0.90 ²	1.82 ± 0.74	1.38 ± 1.24

Abbreviations: SD, standard deviation. 1, 2, 3, 4, 5: The ranking of five most occurring, frequent, severe, and distress symptoms

Table 2 revealed the score of QOL in patients with advanced cancer. The mean score of total FACT-G was 55.43 (SD=9.64). Regarding subscales, the mean score of

FSWB (*M*=18.33, *SD*=4.09) was highest, whereas the mean score of EWB (*M*=9.94, *SD*=4.87) was lowest. The mean score of PWB and FWB were at 12.73 (SD=5.04) and 14.24 (SD=6.43), respectively.

Table 2. Descriptive statistics for the FACT-G and its subscales (N = 120)

Variables	Possible range	Actual range	<i>M</i> ± <i>SD</i>
FACT-G	0 - 108	33 - 79	55.43 ± 9.64
Physical well-being	0 - 28	1 - 23	12.73 ± 5.04
Family/social well-being	0 - 28	7 - 28	18.33 ± 4.09
Emotional well-being	0 - 24	1 - 20	9.94 ± 4.87
Functional well-being	0 - 28	2 - 28	14.24 ± 6.43

Abbreviations: FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy – General; SD, standard deviation.

Table 3 showed the relationship between symptom experiences and QOL. Symptom occurrence, symptom frequency, symptom severity, and symptom distress had significant negative correlations with QOL (*r* = -.598, *p* < .01; *r* = -.623, *p* < .01; *r* = -.628, *p* < .01; *r* = -.565, *p* < .01, respectively).

Regarding to each subscale of QOL: Symptom occurrence had a negative significant relationship with PWB (*r* = -.205,

p < .01), FSWB (*r* = -.338, *p* < .01), EWB (*r* = -.222, *p* < .05) and FWB (*r* = -.382, *p* < .01).

Symptom frequency had a significantly negative relationship with FSWB (*r* = -.415, *p* < .01) and FWB (*r* = -.433, *p* < .01); however, there was no significant correlation with PWB and EWB.

Symptom severity had a negative significant correlation with PWB (*r* = -.237, *p* < .01), FSWB (*r* = -.363, *p* < .01), EWB (*r* = -.243,

$p < .01$) and FWB ($r = -.357$, $p < .01$).

Symptom distress also had a significant negative correlation with FSWB

($r = -.324$, $p < .01$), EWB ($r = -.202$, $p < .05$), and

FWB ($r = -.360$, $p < .01$), however there was no significant correlation with PWB.

Table 3. Correlation between symptom experience and quality of life (N = 120)

Variables	Correlation coefficient				
	PWB	FSWB	EWB	FWB	QOL
Symptom occurrence	-.205*	-.338**	-.222*	-.382**	-.598**
Symptom frequency	-.165	-.415**	-.157	-.433**	-.623**
Symptom severity	-.237**	-.363**	-.243**	-.357**	-.628**
Symptom distress	-.169	-.324**	-.202*	-.360**	-.565**

Abbreviation: PWB, Physical Wellbeing; FSWB, Family/Social Wellbeing; EWB, Emotional Wellbeing; FWB, Functional Wellbeing; QOL, Quality of Life.

*The correlation coefficients were significant by t test at $P < .05$.

**The correlation coefficients were significant by t test at $P < .01$.

Discussion

Symptom Experiences

This study found that Vietnamese patients with advanced cancer experienced considerable and multiple symptoms. The high symptom burden among them were pain, psychological symptoms, and cachexia related symptoms. Vietnamese palliative care although initiated in 2005, to date there is a limitation in knowledge, skills, and competence on pain and symptom management as well as psychological and spiritual care among Vietnamese nurses.^{10,15}

Congruent to other studies,^{11,16} patients in this study have the highest symptom occurrence, severity, and distress related to cancer pain. Pain occurred in most patients due to the advanced stage and the high

number of metastasis, despite the use of various cancer treatments. Notably, the severity of pain in this study was higher than reported in a Thais study, although the occurrence and frequency of pain were the same.¹⁶ In the previous Thai study, patients evidently used more morphine than those in this study. The results in the current study pointed out that despite an increase in awareness of cancer pain,⁹ cancer pain is still a devastating problem and get poor controlled in Vietnam. A previous Vietnamese literature also showed that 10.00% of Vietnamese cancer patients had to suffer from pain without treatment, and the pain was not relief in 25.10% of patients received pain treatment.¹¹ The poor pain control might relate to inadequate assessment of pain,

fear of opioid addiction, hesitate to prescribe opioid, and the faulty belief that pain is inevitable and uncontrollable.¹⁷⁻¹⁸ Importantly, Krakauer and colleagues argued that the opiophobia among clinicians and healthcare government officials, the opioid negative presentation in government declaration and law, and the limitation on the opioid prescription regulations issued by the Ministry of Health also contributed to the inadequate treatment of cancer pain in Vietnam.⁹

In addition to pain, patients in this study also had symptom distress from difficulty in sleeping and worrying, as a second and third rank respectively. Worrying and sleeping difficulty persist throughout the disease process and often coexists with depression in cancer patients. Moreover, sleep disturbances could result from inadequate pain management in patients with advanced cancer.¹⁹ In fact, advanced cancer patients usually complained of the poor sleeping, anxiety, and negative thoughts and feelings due to cancer pain.²⁰

Quality of Life

The current study found that advanced cancer patients had a moderate level of QOL, although still poorer than other Asian and Western populations.¹⁹⁻²⁰ Considering the subscales of QOL measurement, the results indicated that patients in this study had low physical and emotional well-being, which was consistent with their suffer from

symptom experiences. Another possible explanation is that most of the population in other Asian and Western literature had higher per capita health expenditures that proved to effect on QOL. In this study, nearly half of patients perceived financial distress, although most of them had medical insurance coverage. The perception of insufficient financial status could be explained by the economic dependence and the high cost of copayment because health insurance does not cover some medicines and diagnostic tests. Previous studies proved that cancer patients concern more about financial distress than physical and emotional distress, and it should be considered as a component of measurements on QOL.²¹

The Relationship between Symptom Experiences and Quality of Life

In line with other studies,²²⁻²³ advanced cancer patients having high symptom occurrence, frequency, severity, and distress showed less QOL. Symptom burden considerably influence on the physical, psychological, and functional status of cancer patients. Due to experienced various symptoms, advanced cancer patients struggle with the feeling of hopelessness and loneliness, the self-management, and the fear of abandonment and death. Patients with higher symptom burden have more depression, less sense of self-efficacy, and hence less QOL.²⁴

Notably, the symptom occurrence, frequency, severity, and distress had a stronger relationship with FWB and FSWB than other aspects of QOL. The reasons could be from the characteristics of patients in this study and their concerns about the disease. FWB refers to how well the individual can perform activities of daily living (ADLs), and it was demonstrated to relate to the symptom occurrence, frequency, severity, and distress in a previous study.²² Patients with multiple symptoms, frequent symptoms, severe symptoms, or distress symptoms had struggled to perform ADLs.

Incongruent with another study,²⁰ the results in China showed that patients who suffer from multiple symptoms had low FSWB. A few Vietnamese studies also reported that patients experienced pain and psychology symptoms that unidentified and untreated by health care providers,^{10,15} and thus led to difficulty improvement.²⁵ Hence, patients in these previous studies tend to seek encouragements, motivation, and support from family instead. The context in the current study may be different, so further explorations on these variables may be needed.

Conclusions

This study reveals considerable multidimensional symptoms in advanced cancer patients in Vietnam and its negative relation to the QOL. Additionally, symptom experiences had a significant relationship

with FSWB and FWB. Understanding the symptom experiences of advanced cancer patients and carefully selecting nursing interventions are necessary for successful palliative care and supportive care, in order to improve their QOL.

Recommendations

First, nurses and healthcare professionals should assess all dimensions of symptoms including symptom occurrence, frequency, severity, and distress as well as QOL to create appropriate interventions for overall symptoms of patients. Second, the intervention programs should be rooted in the collaboration of healthcare providers, patients, and family members to improve QOL and minimize symptom experiences. Finally, further research should examine other symptom experiences that may interfere with QOL in advanced cancer patients.

Acknowledgments

The authors would like to thank all faculty members of the Master of Nursing Science Program (International Program), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine of Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand; the Oncology Hospital, Vietnam; and all the patients for their participation in this study.

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. [Internet].2018 [cited 2020 Apr 19].

- Available from: https://www.who.int/nmh/countries/2018/vnm_en.pdf?ua=1
2. Bui VB, Do TA, Duong TD, Truong QT. A survey on quality of life of cancer patients and some related factors at Hanoi Medical University Hospital in 2015. [Internet]. 103 Military Hospital Nursing Conference; 2015 [cited 2020 Apr 19]. Available from: <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bao-cai-hoi-nghi-khoa-hoc-chao-mung-65-nam-truyen-thong-bvqy103/hoi-nghi-khoa-hoc-dieu-duong/2015-12/1380/>.
 3. Le TD, Carney PA, Lee-Lin F, Mori M, Chen Z, Leung H, et al. Differences in knowledge, attitudes, beliefs, and perceived risks regarding colorectal cancer screening among Chinese, Korean, and Vietnamese sub- groups. *J Community Health*. 2014;39 (2):248-65.
 4. Scott N, Donato- Hunt C, Crane M, Lafontaine M, Varlow M, Seale H, et al. Knowledge, attitudes and beliefs about lung cancer in three culturally and linguistically diverse communities living in Australia: a qualitative study. *Health Promot J Austr*. 2014;25(1):46-51.
 5. Caplan L. Delay in breast cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. *Front Public Health*. 2014;29(2):87.
 6. Ellis KR, Janevic MR, Kershaw T, Caldwell CH, Janz NK, Northouse L. The influence of dyadic symptom distress on threat appraisals and self- efficacy in advanced cancer and caregiving. *Support Care Cancer*. 2017;25(1):185-94.
 7. Astrup GL, Hofsø K, Bjordal K, Guren MG, Vistad I, Cooper B, et al. Patient factors and quality of life outcomes differ among four subgroups of oncology patients based on symptom occurrence. *Acta Oncol*. 2017; 56(3):462-70.
 8. Yen NTK, Weiss B, Trung LT. Caseness rates and risk factors for depression among Vietnamese cancer patients. *Asian J Psychiatr*. 2016;23:95-8..
 9. Krakauer EL, Nguyen TP, Husain SA, Nguyen TH, Joranson DE, Luong NK, et al. Toward safe accessibility of opioid pain medicines in Vietnam and other developing countries: a balanced policy method. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(5):916-22.
 10. Thuy Nguyen L, Clemenceau Annoussamy L, LeBaron VT. Challenges encountered by Vietnamese nurses when caring for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(2):147-51.
 11. Vu VV, Vo TXH, Pham TTG, Than THH. Studying the situation of pain and quality of life in advanced cancer patients at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*. 2010;14 (4):811-22.
 12. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.

13. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74.
14. FACIT. Questionnaires 2017.[internet]. 2020 [cited 2020 Apr 19]. Available from:<http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>.
15. Nguyen LT, Yates P, Osborne Y. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self- competence of nurses working in Vietnam. *Int J Palliat Nurs.* 2014;20(9):448-56.
16. Get-Kong S, Hanucharurnkul S, McCorkle R, Viwatwongkasem C, Junda T, Ittichaikulthol W. Symptom experience, palliative care and spiritual well- being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2010;14(3): 219-34.
17. ACHEON Working Group, Kim YC, Ahn JS, Calimag MM, Chao TC, Ho KY, et al. Current practices in cancer pain management in Asia: a survey of patients and physicians across 10 countries. *Cancer Med.* 2015;4(8):1196-204.
18. Erol O, Unsar S, Yacan L, Pelin M, Kurt S, Erdogan B. Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs.* 2018;33:28-34.
19. Zimmermann C, Burman D, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Moore M, et al. Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2011;19(5):621-9.
20. Wang Y, Shen J, Xu Y. Symptoms and quality of life of advanced cancer patients at home: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Support Care Cancer.* 2011;19(6):789-97.
21. Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, et al. Financial distress and its associations with physical and emotional symptoms and quality of life among advanced cancer patients. *Oncologist.* 2015;20(9):1092-8.
22. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. *Appl Nurs Res.* 2017;33:108-12.
23. Zoëga S, Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. Pain and other symptoms and their relationship to quality of life in cancer patients on opioids. *Qual Life Res.* 2013;22(6):1273-80.
24. Omran S, Mcmillan S. Symptom severity, anxiety, depression, self- efficacy and quality of life in patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(2): 365-74.
25. Gestsdottir B, Hjaltadottir I, Gudmannsdottir GD, Jonsson PV, Gunnarsdottir S, Sigurðardottir V. Symptoms and functional status of palliative care patients in Iceland. *Br J Nurs.* 2015;24(9):478-83.

การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต : การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์หือภิมาน

ทัศนีย์วรรณ กันทาการ* พรทิพย์ สาริโส**

บทคัดย่อ

บทนำ : การศึกษาเรื่องการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น รวมถึงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในยุโรปและอเมริกา มีเพียงการศึกษาส่วนน้อยที่ศึกษาในบริบทของประเทศในเอเชียรวมถึงประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตจากงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย

วิธีการวิจัย : การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมาน โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ พ.ศ. 2556-2560

ผลการวิจัย : จากการวิเคราะห์งานวิจัย 3 เรื่อง ที่มีคุณภาพระดับ 2 ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute พบว่า วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตที่ปรากฏในการศึกษาของประเทศไทยไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนบำบัดทดแทนไตประสบความสำเร็จในการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Mean Difference = $-0.599 \text{ mL/min/1.73m}^2$; 95% CI $[-5.66, 4.47]$; $p = 0.82$

สรุปผล : ผู้กำหนดนโยบายของหน่วยบริการสุขภาพ ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเรื่องการชะลอความเสื่อมของไต รวมถึงกำหนดกระบวนการที่แสดงให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตอย่างไร เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปตามบริบทของสิ่งแวดล้อมต่างๆ

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง โรคไตเรื้อรัง อัตรากรองของไต การชะลอไตเสื่อม

*สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, E-mail: Tadsaneewan.gan@mfu.ac.th

**สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Received: February 4, 2020

Revised: August 25, 2020

Accepted: November 19, 2020

Self-management support for slow progression in patients with pre-dialysis chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis

Tadsaneewan Gantagad* Porntip Sareeso*

Abstract

Background: Studies of the self-management support have emerged widely in chronic diseases, including chronic kidney disease. These mainly include European and American studies. Only a small number of studies have been conducted in the context of Asian countries, including Thailand.

Objectives: The aim of this study was to conduct a systematic literature review and conduct the meta-analysis to confirm the eGFR decline of self- management support program in patients with pre-dialysis in Thailand.

Method: The search was limited to research related to self-management support in patients with chronic kidney disease written in English or Thai and published from 2013 – 2017, from both International and Thai databases. After applying the eligibility criteria, 3 from 9 studies were included for data extraction and was subjected to a systematic review and meta-analysis.

Results: Analysis of three research studies in level 2 based on The Joanna Briggs Institute criterion levels of evidence showed a statistically non-significant difference of efficacy in self-management support program. The mean difference = $-0.599 \text{ mL/min/1.73m}^2$; 95% CI [-5.66, 4.47]; $p = 0.82$.

Conclusion: Policy makers of health care organizations should develop a policy on promoting self-management support for the delay of kidney disease progression in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. This should also include a process of how stakeholders can be involved with the care to slow down the deteriorate process which will respond to health care needs according to varies contexts.

Keywords : chronic kidney disease, glomerular filtration rate, self-management support, slow progression of kidney disease

*School of nursing, Mae Fah Luang University, E-mail: Tadsaneewan.gan@mfu.ac.th

**School of nursing, Mae Fah Luang University

บทนำ

พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังจะมีการเสื่อมหน้าที่ของไตมากขึ้น¹ โดยระยะเวลาการเสื่อมหน้าที่ของไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่รุนแรงมากขึ้นแตกต่างกันไปตามระยะของโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อมเร็วมากขึ้นกว่าปกติ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อความสำเร็จในการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประสบความสำเร็จในการชะลอความเสื่อมของไต มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องความสามารถในการจัดการตนเอง แม้มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังในทุกระยะ แต่การศึกษาเหล่านั้นโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของการให้บริการสุขภาพในทวีปยุโรปและอเมริกา มีเพียงการศึกษาบางส่วนที่ศึกษาในบริบทของการให้บริการสุขภาพในประเทศในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะจีน เกาหลีและญี่ปุ่น สำหรับประเทศไทย จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังและการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 จำนวน 7 เรื่อง อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองขึ้นอยู่กับบริบททางสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งบริบททางวัฒนธรรมเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตน³

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบ้ำบดทดแทนไตจากงานวิจัยที่

ศึกษาในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีความเฉพาะตามบริบทของวัฒนธรรมของประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

องค์ประกอบของการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะก่อนบ้ำบดทดแทนไตจากงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยเป็นอย่างไร

การสืบค้นและแหล่งข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Medline, CINAHL และ PubMed โดยสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2556-2560 จากคำสำคัญ ได้แก่ “การจัดการตนเอง (Self-management)” “การส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-management support)” “โรคไต (kidney disease)” และ “การเสื่อมของไต (Kidney disease progression)” นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์แบบ manual searching จากแหล่งข้อมูลในคอมพิวเตอร์ประจำห้องสมุดของมหาวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้แก่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และในการสืบค้นผู้วิจัยใช้กรอบ PICO สำหรับการสืบค้นงานวิจัยแบบทดลอง และใช้กรอบ PICO สำหรับการสืบค้นงานวิจัยเชิงพรรณนา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งผลต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 และ 2) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ที่มีรายงานการศึกษาที่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และทำการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) การศึกษาที่ไม่ได้รายงานผลการศึกษาเป็นตัวเลข และ 2) ตีพิมพ์เป็นภาษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Quality assessment)

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนอ่านรายงานการวิจัยและประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพการวิจัยของสถาบัน Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery (2014) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยตรงกับประเภทของงานวิจัย ได้แก่ ใช้แบบประเมิน Critical appraisal tool for randomized control trial สำหรับงานวิจัยชนิด randomized control trial และใช้แบบประเมิน Critical appraisal tool for quasi-experimental studies โดยผลการวิจัยที่ได้รับ การประเมินว่ามีคุณภาพ จะมีคะแนนการประเมิน “มี (yes)” อย่างน้อย ร้อยละ 60.00 ของหัวข้อในแบบประเมิน⁴ เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน จะใช้วิธีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปเพื่อให้เป็นทิศทางเดียวกันในการประเมินผลงานวิจัย

จากการสืบค้นงานวิจัย พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง ถูกคัดออก

จากการศึกษาจำนวน 6 เรื่อง เนื่องจากเป็น การศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่อัตราการกรองของไต ดังนั้น บทความทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 3 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1

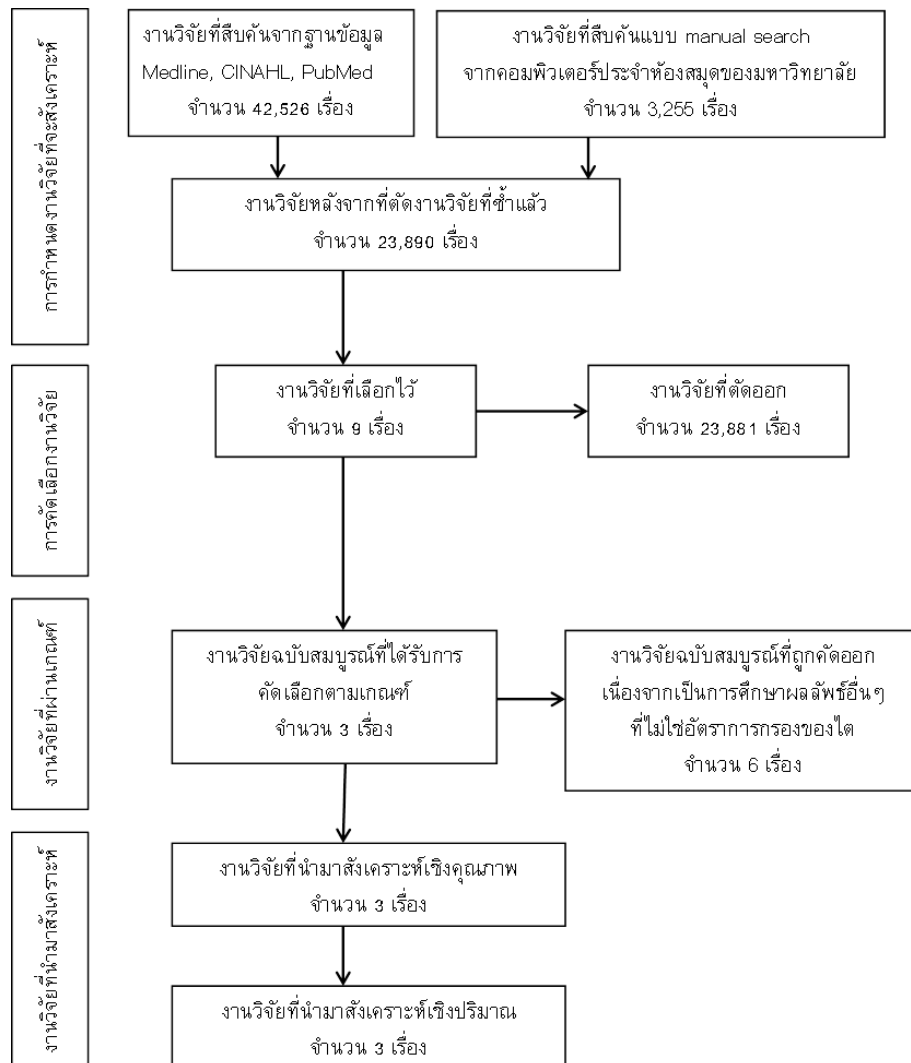
การสกัดข้อมูล (Data Extraction)

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนสกัดงานวิจัยและบันทึกในแบบสกัดข้อมูลที่พัฒนาโดยสถาบัน (The Joanna Briggs Institute: JBI, 2014) และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) นำเสนอ ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยใช้สถิติพรรณนา 2) วิเคราะห์ประสิทธิผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ซึ่งงานวิจัยที่ถูกคัดเข้ารายงานผลการการศึกษา คือ อัตราการกรองของไต (eGFR) และค่า Serum creatinine อยู่ในรูปค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในหน่วย mL/min/1.73 m² และ mmol/l ตามลำดับ การแสดงผลการวิเคราะห์ อภิमानจะนำเสนอผลการรวมข้อมูล (pooled estimate) ในรูปของ Forest plot ซึ่งจะแสดงค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย หรือ Mean difference (MD) การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager (RevMan) version 5.3 และ 3) วิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 โดยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary)

ภาพที่ 1 Prisma diagram กระบวนการคัดเลือกรงานวิจัยสู่การวิเคราะห์



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง พบว่า ทั้งหมด
ทำการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4
ระยะเวลาที่ทำการศึกษา คือ 12 สัปดาห์ ถึง 1 ปี
การศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากที่สุด คือ 171 ราย

และการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด คือ
10 ราย ทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง เมื่อ
ประเมินด้วยแบบประเมิน JBI critical appraisal
checklist (version 10. October 17) รายละเอียด
ของแต่ละการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการศึกษาที่คัดเข้าสู่การวิเคราะห์

ชื่อผู้แต่ง/พ.ศ.	วิธีการ ดำเนินการวิจัย	ตัวอย่าง	รายละเอียด โปรแกรมที่ใช้	ระยะเวลา ในการ ประเมินผล	ผล การศึกษา
พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ ⁶	quasi- experimental study	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 (กลุ่มควบคุม = 171 ราย กลุ่มทดลอง = 160 ราย)	1) กำหนดแนวปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ของ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่ง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิค การแพทย์ และเภสัชกร 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรค ยา และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อการชะลอ ความเสื่อมของไตเป็น รายบุคคล	12 เดือน	ค่า eGFR ใน กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ไม่ แตกต่างกัน (p = .046)
ชญานัท ประโคน ⁵	quasi- experimental study	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-4 (กลุ่มควบคุม = 10 ราย กลุ่มทดลอง = 10 ราย)	ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แบบตัวต่อตัว โดยร่วมค้นหา ปัญหาและผลกระทบที่ เกิดขึ้น	12 สัปดาห์	ค่า eGFR ใน กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ไม่ แตกต่างกัน (p = .99)
ศิริลักษณ์ ถุงทอง ⁷	quasi- experimental study	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 (กลุ่มควบคุม = 25 ราย กลุ่มทดลอง = 25 ราย)	1) สะท้อนปัญหาพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วย 2) เตรียมความพร้อมเป็น รายบุคคลเพื่อส่งเสริมทักษะ การจัดการตนเอง 3) ปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการ ติดตามตนเอง การประเมิน ตนเอง และการเสริมแรงตนเอง	12 สัปดาห์	ค่า eGFR ใน กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ไม่ แตกต่างกัน (p = .215)

การประเมินอคติในการงานวิจัย

จากการประเมินอคติของงานวิจัยแต่ละการศึกษา ผลการประเมิน พบว่า การศึกษาของศิริลักษณ์ ถึงทอง⁴ ไม่มีกระบวนการสุ่มการศึกษาทั้งหมด ไม่ระบุในเรื่องกระบวนการปกปิดผลการสุ่ม การปกปิดการได้รับสิ่งทดลองต่อผู้เข้าร่วมการทดลอง และการปกปิดการ

ได้รับสิ่งทดลองในการวัดผลลัพธ์ ส่วนการประเมินอคติในด้านอื่นๆ พบว่าทุกๆ การศึกษาที่คัดเลือกเข้ามามีอคติอยู่ในระดับต่ำ แสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้การประเมินอคติในการเผยแพร่ (publication bias) จาก Funnel plot พบว่า ไม่มีอคติในการเผยแพร่ ดังแสดงในภาพที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการประเมินอคติในแต่ละการศึกษา

การศึกษา	กระบวนการสุ่ม	กระบวนการปกปิดผลการสุ่ม	การปกปิดการได้รับสิ่งทดลองต่อผู้เข้าร่วมการทดลอง	การปกปิดการได้รับสิ่งทดลองในการวัดผลลัพธ์	ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล	การเลือกรายงานผลลัพธ์	อคติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น
พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ ⁶	L	U	U	U	L	L	L
ชัยญมภัก	L	U	U	U	L	L	L
ชาญประโคน ⁵	L	U	U	U	L	L	L
ศิริลักษณ์ ถึงทอง ⁷	H	U	U	U	L	L	L

หมายเหตุ: L = Low risk, H = High risk, U = Unclear

ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ publication bias

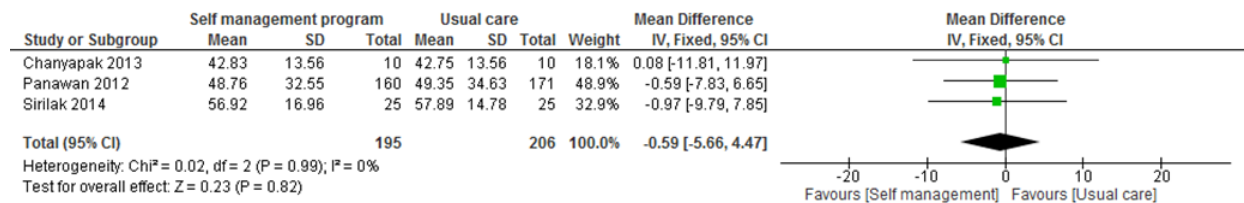


ผลการวิเคราะห์ห้อยิกมาน

จากการวิเคราะห์ห้อยิกมานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไต ประเมินผลลัพธ์จากค่าอัตราการกรองของไต

พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยมีค่า MD = -0.599 mL/min/1.73 m²; 95% CI [-5.66, 4.47]; p = 0.82 ดังแสดงในภาพที่ 3

ภาพที่ 3 Forest plot แสดงผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง



พิจารณาความเป็นเอกพันธ์ของการศึกษาพบว่ามีความเป็นเอกพันธ์มาก (I²) = 0% แสดงในภาพที่ 3 แปลผลได้ว่า การศึกษาที่คัดเลือกมาวิเคราะห์นั้นมีความแปรปรวนไม่มากและเป็นความแตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญ

การวิเคราะห์ความไวและการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Sensitive and subgroup analysis)

การศึกษานี้วิเคราะห์ความไวโดยใช้วิธีการตัดการศึกษาออกทีละการศึกษา (one-study remove approach) แล้วพิจารณาผลรวมอีกครั้งว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ ผลการวิเคราะห์พบว่าทุก ๆ ผลลัพธ์ เมื่อตัดการศึกษาของ ชัญญภักดิ์ ชาญประโคน⁵ และการศึกษาของ พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ⁶ พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง ไม่มีผลในด้านส่งเสริมการชะลอการเสื่อมของไต เมื่อประเมินจากค่า eGFR การวิเคราะห์กลุ่มย่อยเมื่อจำแนกตามระยะเวลาที่ให้การส่งเสริมการจัดการตนเอง กล่าวคือ นำการศึกษาที่มีระยะเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไปออกจากการวิเคราะห์ พบว่าผลการศึกษายังคงเหมือนเดิม

วิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไต มี 2 รูปแบบ ได้แก่ การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1) การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การรับปรึกษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่า การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยเภสัชกร และการติดตามผลของการใช้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลภายหลังได้รับคำแนะนำในเรื่องการใช้ยาจากเภสัชกรของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยมีกระบวนการ⁷ ดังนี้ เภสัชกรจะตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยไตเรื้อรัง หรือ

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำงานของไตเป็นเวลานานติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป โดยผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน จากนั้น จะติดสติ๊กเกอร์ “พบเภสัชกร” หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย และดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกเบาหวานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ โดยพยาบาลซักประวัติ ให้ความรู้เรื่องโรค การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นผู้ป่วยจะพบเภสัชกร และแพทย์ตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยเสร็จสิ้นการตรวจจากแพทย์แล้ว เภสัชกรจะเป็นผู้ส่งมอบเม็ดยา ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาและบันทึกข้อมูลในตารางการนัดผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาสำหรับแพทย์และพยาบาล

2) รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อม ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล⁵ และรูปแบบที่ 2 พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามหลัก 5A ได้แก่ การประเมิน (Assess) การช่วยวางแผนช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) การให้ความรู้และคำแนะนำ (Advice) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Agree) และการติดตามผลการจัดการตนเอง (Arrange) ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมและการใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้น ครั้งละ 10-15 นาที ทุกๆ 2 สัปดาห์⁷ ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบไม่สามารถส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมเมื่อประเมินด้วยค่า eGFR ได้

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตเป็นความสามารถเชิงทักษะของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต ความสามารถเชิงทักษะของผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยระดับองค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ ปัจจัยทั้ง 2 ประการ มีความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน ดังนั้น ในการวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 จึงประเมินปัจจัยย่อยที่อยู่ในปัจจัย 2 ประการ ตามแนวคิดทฤษฎีโมเดลเชิงนิเวศวิทยาประกอบด้วยเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อทักษะของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต ได้แก่ ความรู้ และ ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น⁷ ได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเภสัชกร

สำหรับการส่งเสริมให้เกิดทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า มีทั้งการใช้วิธีการติดตามประเมินทักษะด้วยการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกและเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรก⁷ และใช้โทรศัพท์ในการติดตามให้คำปรึกษา⁶ เห็นได้ว่าวิธีการในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้จากการทบทวน

งานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคที่นิยมใช้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คือ การให้ความรู้ สำหรับการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติทักษะ ควรเป็นเป้าหมายที่กำหนดจากความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายมากกว่าการกำหนดจากปัจจัยภายนอก ซึ่งในการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง ที่ผู้วิจัยนำมาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า ไม่ได้มีการกล่าวถึงลักษณะเป้าหมายที่ผู้ป่วยควรกำหนด ระบุเพียงแต่ว่าเป็นเป้าหมายระยะสั้นที่ผู้ป่วยต้องการไปถึงเท่านั้น นอกจากนี้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรนำปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านกายภาพและด้านสังคมที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมมาพิจารณาเพื่อกำหนดแนวทาง หรือ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ด้วย จึงจะส่งเสริมให้การปรับพฤติกรรมประสบผลสำเร็จได้ แต่ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ไม่ได้มีการประเมินสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพและทางสังคมของผู้ป่วย แต่ให้ผู้ป่วยประเมินประเมินตนเองเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้ปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งวิธีดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินถึงอุปสรรคและปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องครอบคลุม

2) ปัจจัยระดับองค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อทักษะของผู้ป่วย ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต โดยวิเคราะห์องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเรื่องปัจจัยชักนำให้เกิดการพัฒนา นโยบายขององค์กร (organizational policy) ในรูปแบบของ

แนวปฏิบัติ และมีการนำองค์ประกอบในเรื่องการจัดการตนเองมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมในภาพย่อย จำนวน 2 งานวิจัย ได้แก่ ใช้อ้างประกอบในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถแห่งตน⁶ กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา วางแผนการจัดการกับปัญหาและจัดอุปสรรค กำหนดเป้าหมายและวิธีการสำรวจประสบการณ์และติดตามประเมินผล⁷ อย่างไรก็ตาม ไม่มีปรากฏการกำหนดเป็นนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในเรื่องการชะลอความเสื่อมของไต รวมถึงไม่มีการกำหนดกระบวนการที่แสดงให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างไร ส่งผลให้การมีพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตไม่คงที่รวมถึงไม่มีการพัฒนาไปตามความต้องการทางสุขภาพ (health care needs) ที่เปลี่ยนไปตามบริบทของสิ่งแวดล้อมต่างๆ

อย่างไรก็ตามในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า มีผู้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมโดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากค่าอัตราการกรองของไต เพียง 3 เรื่อง สะท้อนให้เห็นว่า แม้นักวิจัยไทยได้ตระหนักถึงแนวทางในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังและศึกษาแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังหลายเรื่อง แต่พบว่า มีงานวิจัยเพียง 3 เรื่อง เท่านั้น ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่ประเมินจากค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งข้อจำกัดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีจำนวนน้อยเพียง 3 และเป็นการศึกษาแบบ Quasi-experimental

study ซึ่ง the Joanna Briggs Institute ได้จัดความน่าเชื่อถือของข้อมูล เป็นระดับ 2 เท่านั้น จึงเป็นข้อจำกัดของศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น แม้การศึกษาครั้งนี้จะแสดงให้เห็นถึงแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตแต่อาจยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการชะลอไตเสื่อมในประเทศไทยได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาเรื่องการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น รวมถึงในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในยุโรปและอเมริกา มีเพียงการศึกษาส่วนน้อยที่ศึกษาในบริบทของประเทศในเอเชีย รวมถึงประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนถึงบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล จะช่วยให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดประสิทธิภาพในด้านการชะลอไตเสื่อม

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาในเรื่องปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น การรับรู้บทบาท ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติบทบาทในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ที่อาจส่งผลให้ต่อประสิทธิภาพในด้านการชะลอไตเสื่อมโดยประเมินจากค่าอัตราการกรองของไต เป็นต้น

ด้านนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการจัดสรรงบประมาณ การจัดอัตราค่าจ้างคน หรือ การจัดปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ

เช่น สถานที่ ควรเข้ามาให้การสนับสนุนโดยการระบบบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อม ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ อาจช่วยให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญของการระบบบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำงานเพื่อการส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Nathan RH, Samuel TF, Jason LO, Jennifer AH, Christopher AO, Daniel SL, et al. Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11(7):e0158765.
2. Lee S, Chung, C. Health behaviors and risk factors associated with chronic kidney disease in Korean patients with diabetes: the Fourth Korean National Health and Nutritional Examination Survey. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2014;8(1):8-14.
3. Yeary KH, Aitaoto N, Sparks K, Ritok-Lakien M, Hudson JS, Goulden P, et al. Cultural adaptation of diabetes self-management education for Marshallese Residing in the United States: lessons learned in curriculum development. Prog Community Health Partnersh. 2017;11(3): 253-61.

4. Kummatic A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: a 3-step method. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3): 246-59. (in Thai).
5. Chanprakhon C. Effects of empowerment based self-management support program on self-management behaviors and clinical indicators among patients with diabetic nephropathy. [Independent study]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013. (in Thai).
6. Srisuwannaphop P. Effectiveness of chronic kidney disease patient care in diabetes mellitus clinic at Chattrakan hospital. [Thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2012. (in Thai).
7. Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2013. (in Thai).
8. Nicole E, Jonathan C, Adrian B, Karine M, Valeria S, Allison T. Lifestyle behavior change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review. BMJ Open. 2019;9(10):e031625.



เลขที่สมาชิก.....

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 และ ดร.วารานิชฐ์ ลำไย E-mail: waranist@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ที่ใช้จัดส่งวารสาร.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

