



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

ISSN 1906-1773 (Print)
ISSN 2821-9058 (Online)

วารสารการพยาบาล และการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม 2566)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE



ลิงก์วารสาร - <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE>

วารสารการพยาบาลและการศึกษา Journal of nursing education

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

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

เจ้าของ

สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง โดยมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงาน ทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

และเนื่องในวโรกาสขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2566 นี้ ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนนับถือรวมทั้งพระบรมราชชนก ดลบันดาลให้ท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และในทุกๆด้านด้วยเทอญ



ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันต่อทักษะชีวิตในเด็ก
ด้อยโอกาส ภาคเหนือของประเทศไทย.....1

*The Effects of a Life Skills Development Program Using 3D Cartoon
Animation Videos on Disadvantaged Children of Northern Thailand*

กัณติยา ลิ้มประเสริฐ, รุจา ภูไพบูลย์, ลาวัลย์ สิงห์สาย

Kantiya Limprasert, Rutja Phuphaibul, Lawan Singhasai

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในชุมชน.....13

*Health Promotion for Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in the
Community: A New Model to Enhance Nursing Students' Competencies*

อติญาณ์ ศรเกษตริน, นงนภัทร รุ่งเนย, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, จินตนา ทองเพชร, วรวัณณ์ แสงทอง

*Atiya Sarakshetrin, Nongnaphat Rungnoi, Churairat Daungchan, Jintana Tongpeth,
Worawut Saengthong*

ผลของการใช้แนวทางการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตใน
เลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสงขลา.....32

*Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: The Effectiveness
of a Self-Management Education Program on Self-Care Behaviors in Controlling
Hyperphosphatemia*

สุภาพ ปิ่นทอง

Supap Pinthong

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1.....48

*Factors Associated with Intentional Behavior of Using Online Learning among
Nursing Students of Nursing Colleges Under Praboromarajchanok Institute (Central
Network 1)*

สุดารัตน์ วันงามวิเศษ, นิชมน หล้ารอด, ศุขญา โตจันทร์

Sudarat Wanngamwiset, Nichamon Lumrod, Suchaya Tojun

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....58

*The Effects of a Family Partner Program on Knowledge, Self-care Behavior and
Quality of Life among Patients with Heart Failure*

นุชนาถ วิจิต, นิตยา ศรีสุข

Nutchanath Wichit, Nittaya Srisuk

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซตภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงในยุคความ
ปกติใหม่.....72

*Working Experiences of Generation Z Nurse under Supervision of Nurse Preceptors
in the New Normal Era*

นงา งามเหมาะ, อัจฉริยา ปุณนา, กมลเนตร เต็งรัง, สุจิตรา มุกดาลานิต

Nada Ngammoh, Achariya Punna, Kamolnate Tengran, Sujitra Mookdasanit

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและการบริการวิชาการแก่
สังคมในรูปแบบออนไลน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท.....86

*Determining Unit Costs Per Student and Academic services with Online teaching of
Boromarajonani College of Nursing Chainat*

ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, ชุติมา มาลัย, พรเจริญ บัวพุ่ม, นิจวรรณ วีรวัฒน์โนดม, นกชา สิงห์วีระธรรม

*Tipawan Tangwongkit, Chutima Malai, Pornjaroen Buapum, Nitjawan Weerawatthanodom,
Noppcha Singweratham*

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน
ต่อทักษะชีวิตในเด็กด้อยโอกาส ภาคเหนือของประเทศไทย
The Effects of a Life Skills Development Program Using 3D Cartoon
Animation Videos on Disadvantaged Children of Northern Thailand

กันติยา ลิ้มประเสริฐ^{1*}, รุจา ภูไพบูลย์², ลาวัลย์ สิงห์สาย²

Kantiya Limprasert^{1*}, Rutja Phuphaibul², Lawan Singhasai²

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*},

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล²

Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University^{1*},

Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University²

Received: April 25, 2022; Revised: June 10, 2022; Accepted: November 4, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติต่อทักษะชีวิตในเด็กด้อยโอกาส อายุ 9-12 ปี จากโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์/ราชประชานุเคราะห์ ภาคเหนือของประเทศไทย ดำเนินการตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของเอจเซน ร่วมกับสื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันและภาพนิ่งประกอบการบรรยาย เนื้อหาโปรแกรมครอบคลุม 10 ทักษะ ประกอบด้วย 1) ความภาคภูมิใจในตนเอง 2) การคิดเชิงวิเคราะห์และการบริโภคสื่อ 3) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา 4) การควบคุมอารมณ์ 5) ความซื่อสัตย์ 6) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 7) ความพอเพียง 8) ความรับผิดชอบต่อนตนเอง 9) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และ 10) ความรับผิดชอบต่อสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ จำนวน 72 คน และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติจำนวน 72 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติการทดสอบไคสแควร์และสถิติการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ใช้โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตนี้แก่เด็กด้อยโอกาสร่วมกับการสอนตามปกติได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิต, การ์ตูนแอนิเมชัน, เด็กด้อยโอกาส, ภาคเหนือของประเทศไทย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: limprasertk@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 080-6714034)

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a life skills development program with 3D cartoon animation videos on life skills of elementary education disadvantaged children from the boarding schools under the royal patronage in Northern Thailand (Sueksa Songkhro and Rajaprajanugroh schools). Based on Ajzen's theory of planned behavior (TPB), the program was implemented with 3D cartoon animations and storytelling images. Its content covered ten skills, including: 1) self-esteem, 2) critical thinking and media consumption, 3) decision-making and problem-solving, 4) emotion management, 5) honesty, 6) generosity, 7) sufficiency, 8) self-responsibility, 9) family responsibility, and 10) social responsibility. The participants, aged 9-12 y-o, were firstly selected with multi-stage sampling and subsequently divided into experimental and control groups. While members of the experimental group (N=72) were exposed to the life skills development program with 3D cartoon animations, those in the control group (N=72) received regular instructional routines. General demographic data were collected using questionnaires, whereas life skills data were evaluated using a life skills assessment for elementary school students. The life skills assessment was validated for internal consistency and resulted in a Cronbach's alpha coefficient of .87. The obtained data were analyzed by descriptive statistics, chi-square test, and t-test.

Results revealed that the participants in the experimental group, who participated in the life skills development program with 3D cartoon animations, had a posttest mean in life skills significantly higher than their pretest mean ($p<.05$). Furthermore, this posttest mean was also significantly higher than that of the control group ($p<.05$).

Per findings, this life skills development program, combined with regular instructional routines, is applicable as a life-skills training approach for disadvantaged children.

Keywords: Life Skills Development Program, Disadvantaged Children, Ajzen's Theory of Planned Behavior, TPB, Cartoon Animations Videos, Northern Thailand

บทนำ

เด็กด้อยโอกาสคือเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก มีชีวิตความเป็นอยู่ด้อยกว่าเด็กปกติส่วนใหญ่ในสังคม (Special Education Bureau, 2016) ในภาคเหนือของไทย เด็กด้อยโอกาสส่วนใหญ่เป็นเด็กยากจนและเด็กชนกลุ่มน้อย เด็กเหล่านี้ขาดโอกาสเรียนรู้ตามพัฒนาการ ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว เด็กต้องการความสนใจและการยอมรับ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำผิดกฎระเบียบ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะมีแนวโน้มกลายเป็นปัญหาสังคม เช่น การฉกชิงวิ่งราว ปัญหาเสพติด การขมขื่น หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย (National Statistical Office, 2018) เด็กหญิงด้อยโอกาสที่ขาดโอกาสทางการศึกษามีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและการทอดทิ้งบุตรสูง (UNICEF, 2018) ส่วนเด็กชนกลุ่มน้อยจะมีปัญหาเรื่องความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม ภาษาเป็นอุปสรรคต่อการเรียน ไม่เข้าใจในสิ่งที่ครูสอน ทำให้ความสนใจเรียนลดลง ในที่สุดจะเบื่อการเรียน (Chiangkul, 2009) นอกจากนี้ เด็กด้อยโอกาสจะได้รับการยอมรับในสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำกว่าเด็กทั่วไป (Khamaikawin, 2014) ส่งผลต่อการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในอนาคต

รัฐบาลมีนโยบายแก้ไขปัญหาด้อยโอกาสโดยพัฒนาทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข ส่วนด้านการศึกษา มีการจัดตั้งโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ให้นักเรียนเข้าศึกษาแบบโรงเรียนประจำ ตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึง

มัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (Special Education Bureau, 2016) จากการศึกษาของ Panmuang, Kraisakul, & Kraisakul (2014) พบว่านักเรียนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดทักษะชีวิต ขาดทักษะทางสังคม ไม่รู้จักและเข้าใจตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดการคิดวิเคราะห์และไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าเด็กนักเรียนโรงเรียนทั่วไปและเด็กที่มีความพร้อมทางครอบครัว

ทักษะชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และเตรียมพร้อมกับการปรับตัวในอนาคต สามารถคิดแก้ปัญหาในทางบวกและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข การสอนและฝึกหัดทักษะชีวิตจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ เด็กมีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาที่เข้ามากระทบ สามารถตัดสินใจและใช้ชีวิตได้อย่างถูกต้องในระยะยาวโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ซึ่งจุฬา ภูไพบูลย์และคณะได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิต 10 ทักษะ ประกอบด้วย ความภาคภูมิใจในตนเอง การคิดเชิงวิเคราะห์และการบริโภคสื่อ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ ความซื่อสัตย์ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความพอเพียง ความรับผิดชอบต่อนตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และความรับผิดชอบต่อสังคม (Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010) นอกจากนี้ จุฬา ภูไพบูลย์และคณะได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อหนังสือ การดูเปรียบเทียบกับสื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันในเด็กวัยเรียน พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน สามารถถึงความสนใจจากเด็กได้ดี ใช้พัฒนาทักษะชีวิตในเด็กทั่วไปได้ผลดี (Phuphaibul, Kerddonfeg, Areeyanuchitkul, & Chantarachote, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาในเด็กด้อยโอกาสภาคเหนือ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยสื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน มาใช้ศึกษากับเด็กด้อยโอกาสในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ภาคเหนือ

วัตถุประสงค์วิจัย

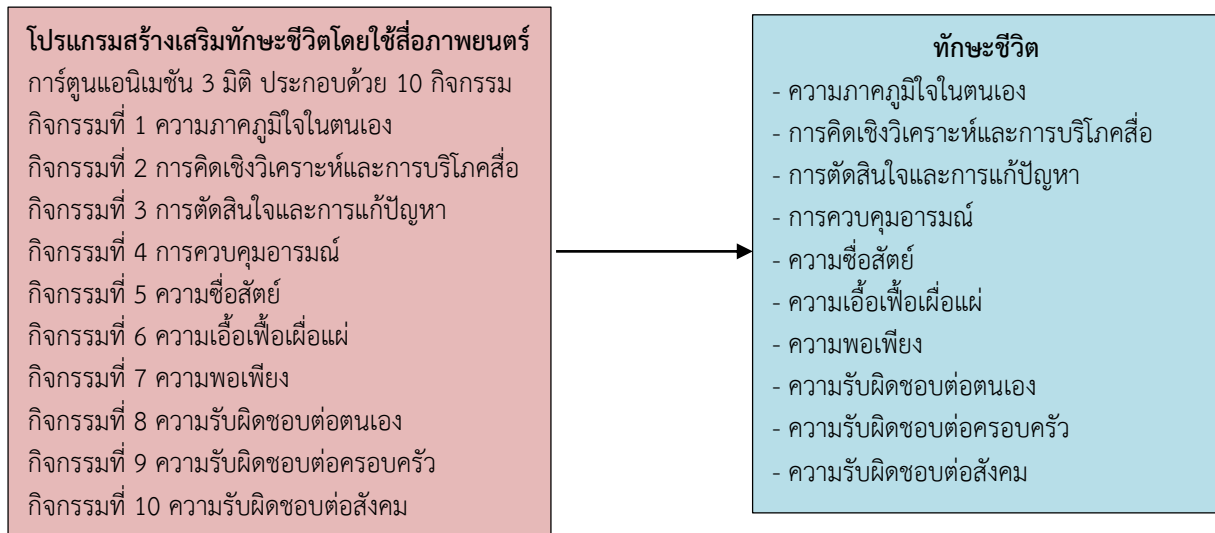
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันต่อทักษะชีวิตของเด็กด้อยโอกาส โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์/ราชประชานุเคราะห์ ภาคเหนือของประเทศไทย

สมมติฐานวิจัย

1. เด็กด้อยโอกาสที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน มีคะแนนทักษะชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. เด็กด้อยโอกาสกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันมีคะแนนทักษะชีวิตสูงกว่าเด็กด้อยโอกาสที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) พฤติกรรมของมนุษย์ เกิดจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ถ้าเด็กเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นส่งผลทางบวก เด็กก็จะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมนั้น 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง หากเด็กรับรู้ว่าคุณค่าที่มีอิทธิพลต่อเขาปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี เด็กก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นตาม 3. ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม หากเด็กเชื่อว่าสามารถกระทำสิ่งนั้นได้และควบคุมให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตั้งใจไว้ เด็กมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991, as cited in Phuphaibul, 2006) ทักษะชีวิตเกิดขึ้นได้จากทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของตนเอง ซึ่งการฝึกฝนทักษะชีวิตในเด็กด้อยโอกาสโดยใช้ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ จะช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดีในการเลือกแสดงพฤติกรรมทางบวก ประพฤติตามบรรทัดฐานทางสังคมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อนและครู และพัฒนาเป็นความสามารถในการรับรู้ความสามารถและควบคุมตนเอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (Two group pretest posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนอายุ 9 - 12 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ / ราชประชานุเคราะห์ในภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนในปีการศึกษา 2563 ที่มีอายุระหว่าง 9 - 12 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์/ราชประชานุเคราะห์ในภาคเหนือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติต่อทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 (Leksak, 2014) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.46 นี้ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ที่ระดับร้อยละ 80 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สถิติ Independent t - test, One-Tailed พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 60 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) จึงเพิ่มกลุ่มร้อยละ 20 (คำนวณจากอัตราการหยุดเรียน) คิดเป็นกลุ่มละ 12 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 72 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยเลือกโรงเรียนที่ใช้สำหรับการศึกษานี้มา 1 โรงเรียนด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากนั้นสุ่มห้องเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-6 เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาตามสัดส่วนอายุ จำนวน 144 คน สุ่มเข้ากลุ่มแบบไม่แทนที่โดยการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 72 คน และกลุ่มควบคุม 72 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่เคยเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 3) นักเรียนยินดียินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย 4) ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจยินยอมให้เข้าร่วมในการวิจัย และกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนตามที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่

1. โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะ จากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีการจัดกระบวนการเรียนการ

สอนให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้ทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับชมภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ การรับชมการฉายภาพนิ่งประกอบการเล่าเรื่อง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากการแสดงบทบาทสมมติ การจำลองสถานการณ์ การเล่นเกม การระดมสมอง การตอบคำถามและการอภิปราย กลุ่มผ่านกระบวนการเรียนรู้ เพื่อปรับทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม เสริมสร้างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง เพิ่มการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และการเสริมสร้างความตั้งใจในการแสดง พฤติกรรม โดยจะครอบคลุมทักษะชีวิต 10 ทักษะได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง การคิดเชิงวิเคราะห์และการบริโภค สื่อ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ ความซื่อสัตย์ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความพอเพียง ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และความรับผิดชอบต่อสังคม (Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010)

2. ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติเรื่อง ขบวนการเด็กดี พัฒนาโดย รุจา ภูไพบูลย์และคณะ จากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งประกอบด้วยการใช้แผ่น DVD ที่บันทึกร้อยเรียงเรื่องราวเพื่อถ่ายทอดผ่านตัวการ์ตูนแบ่ง ออกเป็น 8 ตอนหรือ 8 ทักษะรวมกับการใช้ภาพนิ่งประกอบการเล่าเรื่อง จากโปรแกรม power point รวมเป็น 10 ทักษะ (Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010) (Phuphaibul, 2010)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลด้าน เพศ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพสมรสบิดามารดา อาชีพบิดามารดา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับสมาชิกใน ครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครู

2. แบบวัดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พัฒนามาจากแบบวัดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของ Kaewpatima (2004) มีข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ วัดทักษะชีวิต 10 ทักษะ ได้แก่ ความ ภาคภูมิใจในตนเอง การคิดเชิงวิเคราะห์และการบริโภคสื่อ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ ความ ซื่อสัตย์ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความพอเพียง ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และความ รับผิดชอบต่อสังคม (Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง นักเรียนเลือก แสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการกระทำที่ส่งผลลบต่อตนเองและผู้อื่น 2 คะแนน หมายถึง นักเรียนเลือก แสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นการกระทำที่ไม่เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น 3 คะแนน หมายถึง นักเรียนเลือกแสดงพฤติกรรมได้ แต่ไม่เหมาะสม และเป็นการกระทำที่เกิดประโยชน์เฉพาะตนเองเท่านั้น 4 คะแนน หมายถึง นักเรียนเลือกแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นการกระทำที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม ความ เหมาะสมของภาพการ์ตูน ภาษาที่ใช้ และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นได้ ปรับปรุงและทดลองนำไปใช้กับนักเรียนที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง (Sripakho, 2012) การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำและไม่ได้ปรับปรุงเนื้อหาในโปรแกรม

ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาพยนตร์การ์ตูนและ ภาษาที่ใช้ ได้ผ่านการปรับปรุงเนื้อหาและความเหมาะสมตามคำแนะนำโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

(Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010) การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและไม่ได้ปรับปรุงเนื้อหาของภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติซ้ำ

แบบวัดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของ Kaewpatima (2004) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาคั้งก่อน โดยผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน อาจารย์โรงเรียนประถมศึกษา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการอบรมทักษะชีวิต 1 ท่านจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยมีดัชนีความตรงรายข้อของแบบสอบถาม (Item-Content Validity Index: I-CVI) อยู่ระหว่าง .90-.96 และดัชนีความตรงรายฉบับ (Scale-Content Validity Index: S-CVI) เท่ากับ .94 (Kummabutr, 2012)

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะชีวิตไปทดลองใช้กับเด็กนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 33 คน และนำไปหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดทักษะชีวิตคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนสิงหาคม 2563- สิงหาคม 2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติทำการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะดำเนินการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็น ครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 6 จำนวน 4 คน และอาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จำนวน 1 คน ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทราบบทบาทหน้าที่ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนและครูผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยประสานงานกับครูประจำชั้นนักเรียนในสายชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 6 โดยดำเนินการจัดตารางเวลาดำเนินกิจกรรมในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi - stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 72 คนและกลุ่มควบคุม 72 คน

6. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนาม เมื่อผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร และชี้แจงให้นักเรียนทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 12 กิจกรรม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 6 กิจกรรม) แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 50-75 นาที

สัปดาห์ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1 วันเสาร์	กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธ์ภาพ	กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธ์ภาพ
	กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะความภาคภูมิใจในตนเอง	
	กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์	
1 วันอาทิตย์	กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะความซื่อสัตย์	
	กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะความความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	
	กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะความพอเพียง	
2 วันเสาร์	กิจกรรมที่ 7 พัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และการบริโภคสื่อ	
	กิจกรรมที่ 8 พัฒนาทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา	ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ
	กิจกรรมที่ 9 พัฒนาทักษะความรับผิดชอบต่อตนเอง	
2 วันอาทิตย์	กิจกรรมที่ 10 พัฒนาทักษะความรับผิดชอบต่อครอบครัว	
	กิจกรรมที่ 11 พัฒนาทักษะความรับผิดชอบต่อสังคม	
	กิจกรรมที่ 12 กิจกรรมการปฎิบัตินิเทศ	กิจกรรมที่ 12 กิจกรรมการปฎิบัตินิเทศ

หลังจบโปรแกรมผู้วิจัยได้มอบชุดสื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ ให้ครูประจำชั้นเพื่อเปิดให้กลุ่มควบคุมดูในช่วงว่างกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้านเพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ลำสุด ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครูโดยใช้สถิติ Chi-Square test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ โดยใช้ สถิติ Independent t-test ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นปกติ ได้ค่า $p=.446$ ($p>.05$) สรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการกระจายตัวแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ โดยใช้ สถิติ Independent t-test
5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 17 สิงหาคม 2563 เลขที่ COA. MURA2020/1307

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	20	31.7	25	40.3	.66	.417
หญิง	43	68.3	37	59.7		
อายุ (ปี)						
9	9	14.3	13	21	1.92	.588
10	15	23.8	18	29		
11	17	27	14	22.6		
12	22	34.9	17	27.4		
เกรดเฉลี่ย						
2.51-3.50	13	20.6	18	29	2.89	.235
3.51-4.00	40	63.5	30	48.4		
ไม่ทราบ	10	15.9	14	22.6		
สถานภาพสมรสบิดามารดา						
คู่	33	52.4	48	77.4	7.53	.006
หย่าร้าง/เสียชีวิต	30	47.6	14	22.6		
อาชีพบิดามารดา						
เกษตรกร	33	52.4	38	61.3	1.24	.537
รับจ้าง	23	36.5	17	27.4		
อื่นๆ	7	11.1	7	11.3		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
< 5,000	36	57.1	36	58.1	.16	.922
> 5,001	8	12.7	9	14.5		
ไม่ทราบ	19	30.2	17	27.4		
ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน						
พอใช้	10	15.9	21	33.9	5.43	.066
ดี	35	55.6	27	43.5		
ดีมาก	18	28.6	14	22.6		
ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัว						
ดี	22	34.9	12	19.4	3.08	.079
ดีมาก	41	65.1	50	80.6		
ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครู						
พอใช้	10	15.9	7	11.3	.62	.733
ดี	34	54	34	54.8		
ดีมาก	19	30.2	21	33.9		

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรมและตอบแบบสอบถามครบถ้วนมีจำนวน 125 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 63 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 62 คน โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 10.83 ปี และอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 10.56 ปี

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับ 3.51-4.00 คิดเป็นร้อยละ 63.5 บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.4 ส่วนมากประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 52.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.1 ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 65.1 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครู ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 55.6 และ ร้อยละ 54 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.7 ส่วนมากมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับ 3.51-4.00 คิดเป็นร้อยละ 48.4 บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.4 บิดามารดาส่วนมากประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.1 ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 80.6 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อนและความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครู ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.5 และร้อยละ 54.8 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีเพศอายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพบิดามารดา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับครอบครัว และความสัมพันธ์กับครูไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นสถานภาพสมรสของบิดามารดาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันต่อทักษะชีวิตของเด็กด้อยโอกาส โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์/ราชประชานุเคราะห์ ภาคเหนือของประเทศไทย

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตก่อนและหลังทดลองระหว่างเด็กวัยเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน กับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired - t-test

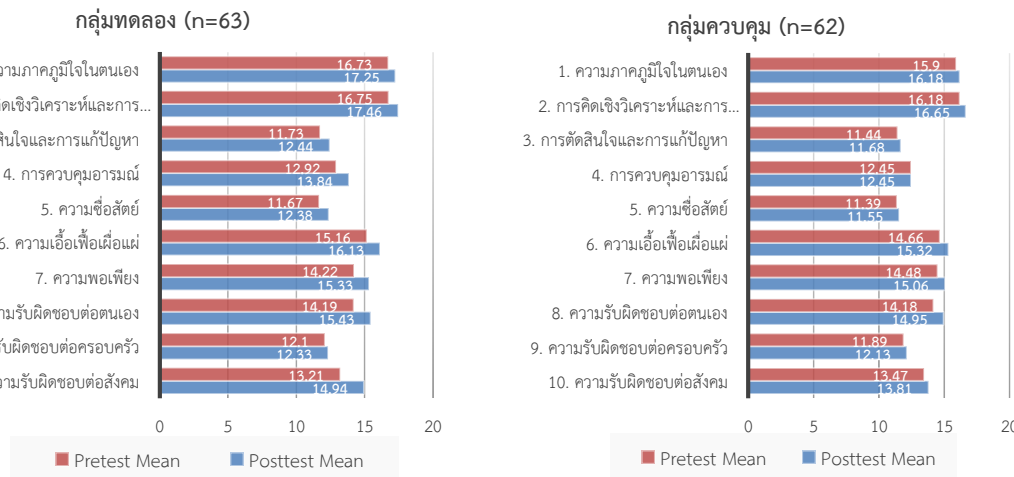
กลุ่ม	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	Mean Difference	p-value (1-tailed)
		M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง	63	138.65	17.46	147.59	15.77	-9.52	-8.94	<.001
กลุ่มควบคุม	62	136.03	16.33	139.74	17.57	-3.02	-3.71	.004

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตของนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันหลังการทดลอง ($M=147.59$, $SD=15.77$, $Mean\ Difference= 8.94$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=138.65$, $SD=17.46$, $Mean\ Difference= 3.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($t=-9.52$, $p< .001$)

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างเด็กวัยเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่ม	n	คะแนนทักษะชีวิต		t	Mean Difference	p-value (2-tailed)
		M	SD			
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63	138.65	17.46	-.87	-2.62	.388
กลุ่มควบคุม	62	136.03	16.33			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63	147.59	15.77	-2.63	-7.85	.010
กลุ่มควบคุม	62	139.74	17.57			

ตาราง 3 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิต ($M=147.59$, $SD=15.77$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M=139.74$, $SD=17.57$) ที่ได้รับการเรียนการสอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=-2.63$, $p<.01$)



ภาพ 2 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตรายด้านและคะแนนเฉลี่ยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน

ภาพ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตแต่ละด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยทุกด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง มีคะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 136.03 คะแนน ($SD=16.33$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิต เท่ากับ 139.74 คะแนน ($SD=17.57$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 138.65 คะแนน ($SD=17.46$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ย 147.59 คะแนน ($SD=15.77$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sondee (2013) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสอนทักษะชีวิตโดยใช้ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันต่อทักษะชีวิตและความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Leksak (2014) ซึ่งใช้โปรแกรมการสอนทักษะชีวิตตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของเอจเซนโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะชีวิตเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Akfirat & Kezer (2016) ที่ศึกษาโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แห่งหนึ่งในประเทศตุรกี พบว่า ทักษะชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมและยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมทักษะชีวิตในโรงเรียนต่อการควบคุมอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไต้หวันพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมทักษะชีวิตมีคะแนนความรู้ความเข้าใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม (JungLee, ChiWu,

ChiehChang, JungChen, ShanLin, YenFeng et al. 2020) อธิบายได้ว่าโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันส่งผลต่อปัจจัยหลักสามข้อตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) โดยการถ่ายทอดเรื่องราวทักษะชีวิตที่ดี (Phuphaibul, Tachudhong, Areeyanuchitkul, Kongsaktrakul, Kerddonfeg, & Prasitchai, 2010) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม (Subjective Norm) โดยการเห็นแบบอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน และร่วมกันอภิปรายถึงการรับรู้ความคิดเห็นของบุคคลที่มีความสำคัญ (พ่อ แม่ เพื่อน ครู) ส่งเสริมการรับรู้ทัศนคติทางบวก และปรับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง (Attitude Toward The Behavior) ด้วยการ เล่นเกม เล่นิทาน แสดงบทบาทสมมติ วาดภาพ สถานการณ์จำลอง ให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันอภิปรายถึงการแสดงพฤติกรรมว่าดีหรือไม่ และสรุปผล เป็นการปรับทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดี และสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) โดยให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาตนเอง เพื่อให้ นักเรียนรับรู้และเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดีได้และสามารถควบคุมให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ ตั้งใจได้ ตลอดจนระยะเวลาการทำกิจกรรมมีการเสริมแรงทางบวกโดยการปรบมือ กล่าวชมเชย มอบรางวัล เพื่อช่วย ให้นักเรียนมีทัศนคติที่ดี อยากแสดงพฤติกรรมที่ดีออกมา นักเรียนเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อไป สำหรับทักษะชีวิตที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 4 อันดับ ควรได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ 1) ทักษะด้านความซื่อสัตย์ 2) ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา 3) ทักษะรับผิดชอบต่อครอบครัว และ 4) ทักษะ การควบคุมอารมณ์ เนื่องจากเป็นทักษะที่จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการฝึกฝน และนักเรียนอาศัยอยู่ในโรงเรียน ประจำ คะแนนทักษะชีวิต4ด้านนี้จึงเพิ่มขึ้นน้อยกว่าด้านอื่น ๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริหารและการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมีการอบรมการใช้โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตผ่านสื่อ ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันนี้ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลอนามัยโรงเรียน ให้มีความรู้ มีทักษะ การสอนเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตซึ่งจะช่วยพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนกลุ่มด้อยโอกาสต่อไป

ด้านการศึกษาหลักสูตรระดับประถมศึกษาควรมีการสอดแทรกโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตโดยใช้สื่อ ภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน เพื่อให้นักเรียนเกิดการพัฒนาทักษะชีวิตอย่าง ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามประเมินทักษะชีวิตของนักเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาวเพื่อติดตามผลว่านักเรียนนำ ทักษะชีวิตที่ได้เรียนรู้มาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตหรือไม่ และควรนำไปศึกษาในเด็กด้อยโอกาสกลุ่มอื่น และภูมิภาคอื่นในประเทศไทย

References

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Akfiat, O. N. & Kezer, F. (2016). A Program Implementation for the Development of Life Skills of Primary School 4th Grade Students. *Journal of Education and Practice*, 7(35), 9-16.
- Chiangkul, W. (2009). "The Problem of Equality and Quality of Thai Education" State of Thai Education 2550/2551. Bangkok: V.T.C.Communication. (in Thai).

- JungLee, M., ChiWu, W., ChiehChang, H., JungChen, H., ShanLin, W., YenFeng, J., et al. (2020). Effectiveness of a School-Based Life Skills Program on Emotional Regulation and Depression among Elementary School Students: A Randomized Study. *Children and Youth Services Review*, 118(2020), 105-464.
- Kaewpatima, T. (2004). *Development of a Life Skills Scale for Prathomsuksa 4-6 Students*. Thesis in Educational Research and Evaluation, Kasetsart University. (in Thai).
- Khamaikawin, P. (2014). *Proposed Educational Strategies to Develop Essential Life Skills in Social Inclusion Promotion for Underprivileged Children*. Degree of Doctor of Philosophy Program in Development Education Department of Educational Policy, Management, and Leadership, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Kummabutr, J. (2012). *Effect of A Parent Training Program in Conjunction with a Life Skills Training Program on The Life Skills of School-Age Children*. Doctor of Philosophy Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- Leksak, A. (2014). *The Effects of Life Skills Development Program Using 3D Cartoon Animations on the Life Skills of Third Grade Students*. Master of Nursing Science in Pediatric Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- National Statistical Office. (2018). *Analysis of Children and Youth 2560*. Bangkok: Text and Journal Publication. (in Thai).
- Panmuang, C., Kraisakul, K., & Samakkee, P. (2014). Development of a Guidance Activities Packages Based on Multimedia for Life Skills Development of Rajchaprachanukhroh 19 School Mattayomsuksa 1 Students. *Narkbhutparitat Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat*, 6(2), 14-25. (in Thai).
- Phuphaibul, R. (2006). The Theory of Planned Behavior: Related Research on Adolescents Behaviors. *Ramathibodi Nursing Journal*, 10(1), 24-33. (in Thai).
- Phuphaibul, R., Kerddonfeg, P., Areeyanuchitkul, S., & Chantarachote, J. (2014). Comparison of the Effects of Life Skills Training Programs Using Cartoon Books and Using Animation Movies on Life Skills of School-Agers. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(2), 271-287. (in Thai).
- Phuphaibul, R., Tachudhong, A., Areeyanuchitkul, S., Kongsaktrakul, C., Kerddonfeg, P., & Prasitchai, J. (2010). *Documents for the Workshop on the Development of Life Skills and Health Skills of Elementary School Students and Family Participation*. The Development Potentials of Thai People Project. Retrieved March 25, 2019 from <https://www.rama.mahidol.ac.th/sdmc/th/thaipopulation/AnnualThaiPopulation-th/>. (in Thai).
- Sondee, S. (2013). *The Effects of Teaching Life Skill Program Using Animation Cartoon on Life Skills and Emotional Quotient among the Fifth-Grade Students*. Master of Nursing Science in Pediatric Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- Special Education Bureau. (2016) *Techniques for Cultivating Morals, Ethics, and Life Skills for Sueksa Songkhro*. Bangkok: Special Education Bureau. (in Thai).
- Sripakho, P. (2012). *The Effects of The Life Skills Development Program Using Cartoon Books Media on Life Skills Among Grade Five Students*. Master of Nursing Science in Pediatric Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- UNICEF. (2018). *Situation analysis Teenage pregnancy in Thailand*. Retrieved June 16, 2018 from www.unicef.org/thailand/media/1131/file/.pdf.

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

Health Promotion for Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in the Community: A New Model to Enhance Nursing Students' Competencies

อติญาณ์ ศรเกษตริน¹, นงณภัทร รุ่งเนย^{1*}, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์¹, จินตนา ทองเพชร¹, วรวุฒิ แสงทอง²
Atiya Sarakshetrin¹, Nongnaphat Rungnoi^{1*}, Churairat Daungchan¹, Jintana Tongpeth¹, Worawut Saengthong²

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹,

Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute²

Received: May 15, 2022; Revised: October 29, 2022; Accepted: November 4, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการอภิปรายกลุ่มกับอาจารย์พยาบาล 6 คน และนักศึกษาพยาบาล 12 คน ขั้นตอนที่ 2 นำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบฯ และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาล 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบบทดสอบความรู้ (ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.31-0.47) และแบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Paired t-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2561) ไม่มีรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง และสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน วิทยาลัยจึงควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาเพิ่มขึ้น

2. รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการและวัตถุประสงค์ 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้บทเรียนออนไลน์ การให้คำปรึกษาและประเมินผลการเรียนรู้ 4) ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่ ด้านเทคนิค ด้านวิชาการ และด้านสังคม และ 5) ระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ ได้แก่ การสร้างเนื้อหาและข้อมูล การนำส่งบทเรียนผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และการบริหารจัดการผู้เรียน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=11.97$ และ 10.91 ตามลำดับ, $p<.001$)

ผลการวิจัยนี้ทำให้ได้แนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ซึ่งเหมาะสมกับการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล และสอดคล้องกับนโยบายสถาบันพระบรมราชชนกโมเดลที่เน้นการสร้างสุขภาวะที่ดีของชุมชนโดยใช้แนวคิดการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, สบช.โมเดล, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongnaphat@pckpb.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-2941656)

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of a model for enhancing nursing students' health promotion competencies in the community, alongside patients with diabetes mellitus and hypertension. The study consisted of 3 steps.

The first step consisted in studying the present condition, problems and guidelines so to develop nursing students' competencies for health promotion towards diabetic and hypertension patients. Focus group discussions were held with 6 nurse lecturers and 12 fourth-year nursing students. Proper documentation was analyzed. The second step was to develop the new instructional model according to the preliminary analysis. The model was approved by 5 senior experts. Finally the third step consisted in evaluating the effectiveness of the developed model. Participants in the experiment were 50 fourth-year nursing students. Research tools consisted of: 1) open-ended questions for focus group discussions, 2) the developed model, and 3) a knowledge quiz about the desirable health promotion practices to adopt with diabetic and hypertension patients in community (Power of discrimination 0.31-0.47), and assessment questionnaire of nursing students' competency for health promotion among patients with diabetes mellitus and hypertension in the community (Cronbach Alpha coefficient= 0.96). The data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and content analysis. The results showed the following.

1. There is no health promotion course in bachelor of nursing program (update 2018) and there was a limitation of practice in communities during the COVID-19 situation. These affect the nursing students learning in the community. Therefore, colleges should develop more programs or extra-curriculum activities for enhancing health promotion competency of nursing students.
2. The new model was developed accordingly with the "Praboromarajchanok Institute model" (PBRI model) policy, which emphasizes on the well-being of the community by using the concept of surveillance and controlling of diabetes and hypertension patients ("7 Colors Ball, Tool of Life"). It consisted of 5 components: 1) the principles and objectives, 2) the desirable learning outcomes, 3) the learning process (preparing for learning, encouraging self-directed learning through online lessons, advising and learning evaluation), 4) the learning support systems (technical, academic, and social support), and 5) the learning management system (creating content and information, delivering lessons through a computer network, and student management).
3. The effectiveness of the new model was evaluated after 4 weeks of experiment. After that period, nursing students' knowledge and competencies for health promotion in the community among patients with diabetes mellitus and hypertension was significantly higher than before, at the .05 level ($t=11.97$ and 10.91 , respectively, $p<.001$).

The results of this study provide a guide to enhance nursing students' competencies for health promotion among patients with diabetes mellitus and hypertension in the community.

Keywords: Health Promotion Competencies, Nursing Students, Diabetes Mellitus, Hypertension, PBRI Model, Community

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งมิติของอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2021 พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 77 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและมีรายได้ปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2021) และมีแนวโน้มอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรกลุ่มโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น (NCD Countdown 2030 collaborators, 2018; WHO, 2020) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2563 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของประเทศเท่ากับ 124.65 รายต่อประชากรแสนคน และจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลภาพรวมของประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสถิติสูงสุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2022) ส่งผลกระทบให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและเศรษฐกิจสังคมอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันมักมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (Kankeu, Sakkena, Xu, & Evans, 2013) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เจ็บป่วยรุนแรงมีอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงสุด (Eberly, Rusangwa, Neal, Mukundiyukuri, Mpanusingo, Mungunga et al., 2019) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Lastra, Syed, Kurukulasuriya, Manrique, & Sowers, 2014) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองสูง (Lackland, & Weber, 2015)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมักเกิดโรคร่วมซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) การสร้างเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสมพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Almutairi, Hosseinzadeh, & Gopaldasani, 2020; Chvala, Sherr, & Lipman, 2016; Promla, & Aukakimaphan, 2018; Shahaj, Dennyeny, Schwappach, Pearce, Epiphaniou, Parke et al., 2019; Sittisart, Meethip, & InJeen, 2019; Srisuwanan, 2017) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลักการ 3 อ.2 ส. ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การออกกำลังกาย ลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2014) และนอกจากนี้เทคนิคการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5 A (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับหลักการ 3อ.2ส. ประกอบด้วย 1) การประเมิน (Assess) 2) การให้คำแนะนำ (Advise) 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) 4) การช่วยเหลือ (Assist) และ 5) การปรับเปลี่ยนแผนการดูแล (Arrange) ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพนับว่ามีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยิ่ง สถาบันอุดมศึกษาจึงควรเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษาให้มีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีปัญหาคับข้องดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของสาระความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการของบัณฑิต เพื่อให้บัณฑิตสามารถปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ และได้กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ของสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เรียกว่า สบช.โมเดล (Teantaworn, 2021) ประกอบด้วย การคัดกรองแบ่งกลุ่มความรุนแรงของผู้ใช้บริการเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (ป้องกันสีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) และกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดงและสีดำ) และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักการ 3อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) และ 3 ลด คือ ลดบุหรี่ ลดการดื่มสุราและลดน้ำหนัก

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เป็นสถาบันอุดมศึกษาสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนที่สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก ได้สอดแทรกแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ แต่ไม่มีรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง ซึ่งในปีการศึกษา 2563-2564 พบว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะภาคปฏิบัติ คือ ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในคลินิก และในชุมชนได้ตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด ปัจจุบันยังไม่ได้ประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและไม่พบหลักฐานการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกอยู่ในระดับปานกลาง (Kraichan, 2018) และมีการพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่าช่วยให้นักศึกษามีสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้น (Aunban & Tanomrat, 2021) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น (Pumsangua & Prasittivatechakool, 2014; SuangKaew & Kooariyakul, 2014) และไม่พบการศึกษาวิจัยที่นำนโยบายสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (Teantaworn, 2021) มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนจึงสนใจศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดการออกแบบการเรียนรู้ตามแบบจำลอง ADDIE (ADDIE model) (Welty, 2007) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ในการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ซึ่งเหมาะสมในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพก่อนสำเร็จการศึกษา สามารถเป็นที่พึ่งทางวิชาการสุขภาพแก่ชุมชนและนำไปสู่การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

สมมติฐานวิจัย

สมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง ประกอบด้วย

2. ค่าเฉลี่ยความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง

3. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการออกแบบการเรียนรู้ตามแบบจำลอง ADDIE (ADDIE model) ซึ่งมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดา (Florida State University) เป็นผู้พัฒนาขึ้น (Welty, 2007) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5 A (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement) (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการ 3 อ.2 ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2014) และแนวคิดการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ของวิชัย เทียนถาวร (Teantaworn, 2013) หลักการของ ADDIE model ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ประการ (Welty, 2007; Trust, & Pektas, 2018) คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis: A) ได้แก่ การระบุปัญหาความต้องการและเป้าหมาย 2) การออกแบบ (Design: D) ได้แก่ การออกแบบบทเรียน กิจกรรม สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และการประเมินผล 3) การพัฒนา (Development: D) ได้แก่ การจัดทำบทเรียนฉบับสมบูรณ์ การพัฒนาสื่อ บทเรียนออนไลน์และเอกสารประกอบการเรียนรู้ 4) การนำไปใช้ (Implementation: I) ได้แก่ การนำบทเรียนไปใช้งานจริง และ 5) การประเมินผล (Evaluation: E) สำหรับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5 A (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) ประกอบด้วย 1) การประเมิน (Assess) 2) การให้คำแนะนำ (Advise) 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) 4) การช่วยเหลือ (Assist) และ 5) การปรับเปลี่ยนแผนการดูแล (Arrange) ส่วนแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการ 3 อ.2 ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2014) เน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ ออกกำลังกาย ลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา และการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ตามหลักสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช.โมเดล) ของวิชัย เทียนถาวร (Teantaworn, 2021) ประกอบด้วย การคัดกรองแบ่งกลุ่มความรุนแรงของผู้ใช้บริการเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (ป้องกันสีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) และกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดงและสีดำ) และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักการ 3อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) และ 3ลด คือ ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุราและลดน้ำหนัก ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาบูรณาการเพื่อพัฒนาบทเรียนออนไลน์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยเชิงคุณภาพและวิเคราะห์เอกสาร

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย อาจารย์จำนวน 6 คน และนักศึกษาพยาบาลจำนวน 12 คน ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Interviews) (Polit, & Beck, 2021) คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) สำหรับอาจารย์ คือ เป็นอาจารย์ผู้สอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีประสบการณ์ในการ

สอนอย่างน้อย 5 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ลาป่วยมากกว่า 2 สัปดาห์ ลาบวชหรือลาคลอดในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับนักศึกษาพยาบาล คือ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เคยเรียนซ้ำชั้น

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) สำหรับอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล คือ ไม่สามารถเข้าร่วมอภิปรายกลุ่มได้ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของนักศึกษาพยาบาล ประเด็นคำถามของอาจารย์มี 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปัญหาอุปสรรคที่พบ และแนวทางจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ และประเด็นคำถามสำหรับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของวิทยาลัย ปัญหาอุปสรรคที่พบ ความต้องการในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาประเด็นคำถามสำหรับอภิปรายกลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการจัดประชุมเพื่ออภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอาจารย์และกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ตามวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก กลุ่มละ 45 นาที-1 ชั่วโมง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระในแต่ละประเด็น และผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการอภิปรายกลุ่มตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ (Chunthawanich, 2010)

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและแนวทางการสร้างเสริมสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

1. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผลการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของนักศึกษาพยาบาล และผลการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. ร่างรูปแบบการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตามหลักการออกแบบการเรียนรู้ ADDIE Model และนำเสนอร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมสอดคล้องและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ซึ่งมี 5 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ผลการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับ

มากที่สุด ($M=4.66$, $SD=0.47$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ โดยเพิ่มเนื้อหาและยกตัวอย่างการให้คำปรึกษาตามหลัก 5A

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผู้วิจัยทดลองและประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pre-Post-test Design) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2564 รายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลชั้นปี ที่ 4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2564 ภาคเรียนที่ 1 จำนวน 79 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณจากโปรแกรม G* power version 3.1 9.7 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) เลือกใช้ Statistical test – t-test: Difference between two dependent means (matched pairs) ที่กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium Effect Size) = 0.5 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 45 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2021) ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 50 คน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เคยเรียนซ้ำชั้น

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงของการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนวิจัยที่ 2 ประกอบด้วย โมดูล 5 โมดูล ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย แนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนด้วยหลักการ 5 A และการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 A ในลักษณะแอนิเมชัน (Animation) ผู้เรียนสามารถใช้เวลาเรียนรู้ด้วยตนเอง โมดูลละ 3 ชั่วโมง รวมระยะเวลาเรียน 15 ชั่วโมง โดยรายละเอียดในแต่ละโมดูลประกอบด้วย 1) คำอธิบายโมดูล 2) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3) สารการเรียนรู้ โดยสังเขป 4) กิจกรรมการเรียนรู้ 5) สื่อการเรียนรู้ 6) การวัดและประเมินผล 7) ใบงานเกี่ยวกับสารการเรียนรู้ในโมดูล 8) แบบสรุปผลการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนใช้บันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมและสิ่งที่ต้องการพัฒนาตนเอง และ 9) เอกสารประกอบการเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5 A (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการ 5 A ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการประเมิน การให้คำแนะนำ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุน การปรับเปลี่ยนแผนการดูแล การให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน ระดับพอใช้ คะแนน 7 คะแนน และระดับดี คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านการประเมิน การให้

คำแนะนำ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุน และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ = 1 คะแนน, ปฏิบัติได้น้อย = 2 คะแนน, ปฏิบัติปานกลาง = 3 คะแนน, ปฏิบัติได้ดี = 4 คะแนน และปฏิบัติได้ดีมาก = 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบและแบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 5 คน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) คำนวณได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) เท่ากับ 0.96 และหาค่าความยากและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความยาก 0.32-0.76 ค่าอำนาจจำแนก .21-.47

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทดลองใช้รูปแบบและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงหน่วยงาน และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและบริการที่ได้รับ

ขั้นทดลอง

การทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยแนะนำขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากโมดูลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นใน Google Classroom และทดลองใช้บทเรียน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาบทเรียนออนไลน์ตามโมดูลที่ 1-5 รวม 15 ชั่วโมง โดยจัดสรรเวลาเรียนด้วยตนเองภายใน 4 สัปดาห์ และผู้สอนติดตามให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่ม และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 3 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่	โมดูล	ขอบเขตเนื้อหาและกิจกรรม	จำนวน ชั่วโมง
1	โมดูลที่ 1 ปัญหาสุขภาพที่พบ บ่อยและ แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ	การพัฒนาความรู้ที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ - ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้หลักการ 5 A - การสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.และการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ตามแนวคิด สบช. โมเดล (หลัก 3 อ. 3 สด)	3
	โมดูลที่ 2 การประเมิน (Assess)	การพัฒนาทักษะการประเมิน - การประเมินความรู้ เจตคติ ความเชื่อมั่นและอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความสามารถในการแก้ปัญหา - ศึกษากรณีศึกษาตามใบงานที่มอบหมายและฝึกทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ	3
2	โมดูลที่ 3 การให้คำแนะนำ (Advise)	การพัฒนาทักษะการให้คำแนะนำ - การให้ข้อมูลเพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ	3

สัปดาห์ที่	โมดูล	ขอบเขตเนื้อหาและกิจกรรม	จำนวน ชั่วโมง
3	โมดูลที่ 4 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Agree)	- ฝึกทักษะการให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง - การพัฒนาทักษะการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน - การกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายร่วมกันจากกรณีศึกษา และผู้สอนให้คำปรึกษารายบุคคล	3
4	โมดูลที่ 5 การช่วยเหลือและปรับเปลี่ยนแผนการดูแล (Assist & Arrange) ประเมินผลลัพธ์	- การพัฒนาทักษะการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน - การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - การส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง - การวางแผนการติดตาม สนับสนุนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ - การประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ - ประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา โดยยกตัวอย่างสถานการณ์จำลองและให้ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และนักศึกษาประเมินความรู้และสมรรถนะตนเองเมื่อจบบทเรียน	3
รวม			18

ขั้นหลังการทดลอง

หลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์ ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบฯ โดยประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ ความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบและแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro-Wilk Test กรณีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คน พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ได้ค่า Sig มากกว่า 0.05 ยอมรับสมมติฐาน H_0 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) จึงทดสอบด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี PCKCN REC No.09/2564 ลงวันที่ 7 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย อาจารย์จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุระหว่าง 31-56 ปี ($M=45.17$, $SD=11.25$) มีประสบการณ์การสอนทางการพยาบาล 9-34 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกและโทเท่ากัน (ร้อยละ 50.00 ทั้งสองระดับ) และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) อายุระหว่าง 21-24 ปี ($M=21.33$, $SD=0.89$) เกรดเฉลี่ย 3.03 ($SD=0.18$) และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.00) อายุเฉลี่ย 22.38 ปี ($SD=3.01$) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี (ร้อยละ 94.00) และเกือบครึ่งหนึ่งมีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50-2.99 (ร้อยละ 48.00)

2. สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการอภิปรายกลุ่มอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล สำหรับความคิดเห็นของอาจารย์พบว่า การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) มีเนื้อหาภาคทฤษฎีในรายวิชานโนมิติ ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล และวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 และสอดแทรกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในรายวิชาการพยาบาลต่างๆ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ไม่มีรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง ยังไม่มีการประเมินสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน และในปีการศึกษา 2563-2564 ประสบปัญหาสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในคลินิกและในชุมชน นักศึกษาพยาบาลยังปฏิบัติทักษะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ให้บริการในคลินิกและในชุมชนได้ไม่ดี โดยเฉพาะการประเมินข้อมูลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ส่วนนักศึกษาพยาบาลมีความคิดเห็นว่า ตนเองยังมีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยน้อย เนื่องจากข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติในชุมชนจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติทักษะสร้างเสริมสุขภาพ ยังวิเคราะห์เชื่อมโยงปัญหาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ไม่ครบถ้วน และไม่ทราบหลักการให้คำปรึกษาตามหลัก 5 A ทั้งอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลมีความคิดเห็นว่า ควรมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือบทเรียนออนไลน์ในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยอาจารย์เสนอแนะว่า ควรมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบสื่อออนไลน์หรือแอนิเมชันเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนและทำให้เข้าใจเนื้อหาได้เพิ่มขึ้น และมีระบบสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม ได้แก่ คู่มือ ตัวอย่างกรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง แหล่งค้นคว้า เป็นต้น และนักศึกษาเสนอให้จัดกิจกรรมแบบออนไลน์และมีกิจกรรมที่ได้ฝึกทักษะกับเพื่อนโดยแสดงบทบาทสมมติหรือใช้ผู้ป่วยเสมือน

3. รูปแบบการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

จากปัญหาและความต้องการรวมทั้งข้อเสนอแนะของอาจารย์และนักศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมมาประกอบการพัฒนารูปแบบฯ องค์ประกอบของรูปแบบฯ ตามหลักการออกแบบการเรียนรู้ ADDIE Model ประกอบด้วย 1) หลักการและวัตถุประสงค์ ซึ่งเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ คือ สมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 4) ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ และ 5) ระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ สำหรับกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

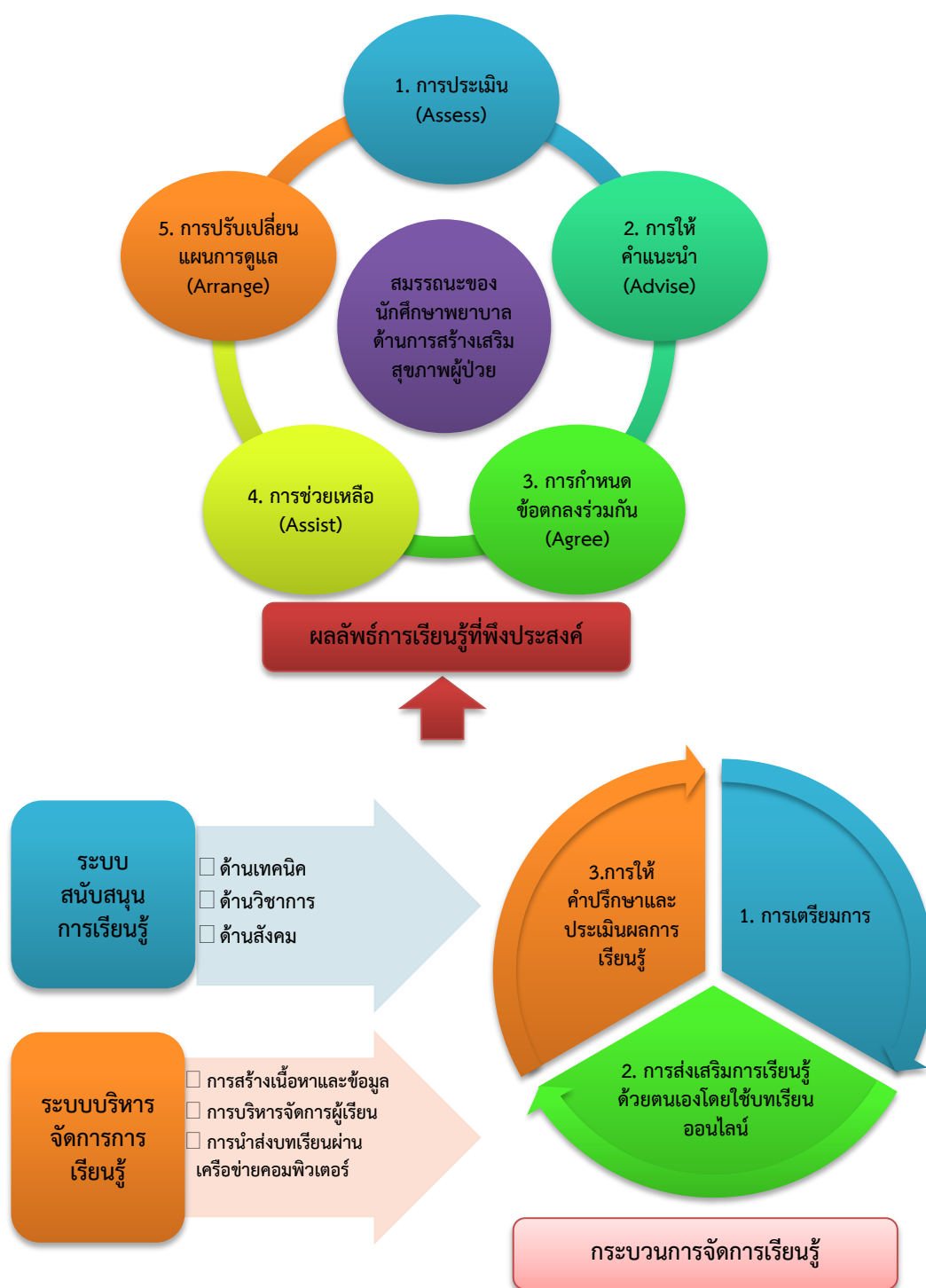
3.1 การเตรียมการ ได้แก่ การเตรียมพร้อมก่อนเรียนโดยชี้แจงผู้เรียนเกี่ยวกับการใช้บทเรียนออนไลน์ การสื่อสารผ่าน Google Classroom ไลน์กลุ่ม E-mail และทดลองใช้บทเรียน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

3.2 การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้บทเรียนออนไลน์ ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านบทเรียนออนไลน์ 5 โมดูล เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ใช้เวลาเรียนรู้ด้วยตนเองตามลำดับขั้นของการเรียนรู้ โมดูลละ 3 ชั่วโมง รวมระยะเวลาเรียนรู้ด้วยตนเอง 15 ชั่วโมง และติดตามให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่ม ซึ่งมีเนื้อหาให้สามารถถ่ายโอนความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ประกอบด้วย เนื้อหาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” และหลัก 3 อ.3ลด และแนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้หลักการ 5 A ได้แก่ การประเมิน การให้คำแนะนำ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การช่วยเหลือ และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล

3.3 การประเมินผลการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดการเรียนรู้ออนไลน์ร่วมกันทั้งชั้นเรียนผ่าน Google Meet และประเมินความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แบบทดสอบออนไลน์ และแบบประเมินซึ่งใช้ระบบออนไลน์ผ่าน Google Classroom

ระบบสนับสนุนการเรียนรู้ (Learning Support System) ประกอบด้วย 1) ระบบสนับสนุนด้านเทคนิค ได้แก่ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเครือข่าย 2) ระบบสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ ได้แก่ คู่มือการใช้บทเรียน ช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้สอน แหล่งสืบค้น และ 3) ระบบสนับสนุนด้านสังคม เพื่อทดแทนการเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติในส่วนที่ขาดหายไป คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ประกอบด้วย ช่องทางการติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ผ่าน Google Classroom และใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง เพื่อให้ผู้เรียนส่งงาน ติดต่อสอบถาม สะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน ผ่าน Google Classroom จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไลน์กลุ่ม และ Google Meet

ระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS) ใช้ระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ด้วย Google Classroom ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การสร้างเนื้อหาบทเรียนและข้อมูล การบริหารจัดการผู้เรียน การนำเสนอบทเรียนผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไปยังผู้เรียน การประเมินผลและสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้เรียน เหตุผลที่ใช้ Google Meet และ Google Classroom เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของ Google for Education ที่มีนโยบายสนับสนุนการศึกษา สถาบันการศึกษาสามารถใช้งานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และนักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์การเรียนรู้แบบ E-learning ผ่าน Google Classroom ในรายวิชาอื่นๆ มาก่อน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถสรุปได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตาราง 1 เปรียบเทียบสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Paired t-test (n = 50)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p
	M	SD	M	SD			
ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน	6.40	.53	7.90	.93	11.97	49	<.001*
สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน	3.23	.23	3.95	.47	10.91	49	<.001*
- การประเมิน	3.16	.24	3.89	.47	10.61	49	<.001*
- การให้คำแนะนำ	3.16	.35	3.97	.53	9.84	49	<.001*
- การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน	3.15	.29	3.96	.52	10.33	49	<.001*
- การช่วยเหลือ	3.34	.45	3.97	.56	6.61	49	<.001*
- การปรับเปลี่ยนแผนการดูแล	3.52	.47	4.04	.55	5.76	49	<.001*

* $p < .05$

จากตาราง 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.97$ และ 10.91 ตามลำดับ, $p < .001$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสรุปผลการเรียนรู้ของผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า การพัฒนาบทเรียนออนไลน์โดยพัฒนาความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และมีเนื้อหาเอกสารประกอบการเรียนรู้ที่ชัดเจนพร้อมตัวอย่างการให้คำปรึกษาพร้อมสถานการณ์ และแนวทางการประเมินคัดกรองสุขภาพด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ทำให้ผู้เรียนเข้าใจแนวทางการประเมินสภาพและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตามกลุ่มของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าการที่ได้เรียนรู้ผ่าน Google Classroom โดยอิสระไม่จำกัดเวลา ทำให้สามารถจัดสรรเวลาและเรียนรู้ด้วยตนเองได้ง่าย และการมีบทเรียนออนไลน์และสื่อแอนิเมชันที่ชัดเจนทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย สามารถเรียนซ้ำเพื่อทบทวนความเข้าใจของตนเองได้ และจากการตรวจใบงานพบว่า ผู้เรียนสามารถประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มอบหมายตามใบงานได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

จากสภาพปัจจุบันปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย พบว่ามีการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโดยสอดแทรกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล แต่เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในชุมชน ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ให้บริการในชุมชนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่พบปัญหาในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อทักษะการปฏิบัติของนักศึกษา (Carolan, Davies, Crookes, McGhee, & Roxburgh, 2020; Chaleoykitti, Artsanthia, & Daodee, 2020)

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ใช้หลักการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล (Welty, 2007; Trust, & Pektaş, 2018) มีองค์ประกอบครบถ้วนตามรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ โดยจัดการเรียนการสอนผ่าน Google classroom กล่าวได้ว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการเรียนการสอนในยุคดิจิทัลและสถานการณ์โควิด-19 ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ช่วยให้สามารถจัดการเรียนรู้ได้ต่อเนื่องและส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนเพิ่มขึ้น (Kim, Kim, & Lee, 2021; Kim, Jeong, Kim, & Jeong, 2022) เมื่อพิจารณาเนื้อหาการเรียนการสอนเน้นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5 A (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการ 3 อ.2 ส. (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2014) และแนวคิดการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกัน จรจรชีวิต 7 สี” และหลัก 3อ.3ลด (Teantaworn, 2013) สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดีของชุมชนด้วยสขช.โมเดล (Teantaworn, 2021)

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน หลังทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 4 สัปดาห์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้หลักการ 5 A และสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การจัดโปรแกรมหรือรูปแบบการเรียนรู้อื่นๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น (Pumsangua & Prasittivatechakool, 2014; Rungnoei, Dittabunjong, Oumpram, Sirilarp, & Boonthum, 2020; Suangkaew & Kooariyakul, 2014) การที่ผู้วิจัยจัดทำสื่อความรู้ในรูปแบบแอนิเมชันทำให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาได้เพิ่มขึ้น ประกอบกับการมีตัวอย่างกรณีศึกษาและการให้คำปรึกษาทั้งใน Google classroom ไลน์กลุ่มและการสรุปแนวคิดรวบยอดผ่านการเรียนออนไลน์ระบบ Google meet ทำให้เกิดการสื่อสารสองทางและผู้เรียนสามารถสอบถามและขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การมีกรณีศึกษาให้ฝึกทักษะและการฝึกแสดงบทบาทสมมติทำให้ผู้เรียนสามารถแสดงสมรรถนะในการให้คำปรึกษาตามหลัก 5A ส่งผลให้มีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่า การที่ผู้วิจัยออกแบบให้มีระบบสนับสนุนการเรียนรู้อื่นๆ และระบบบริหารจัดการการเรียนรู้อื่นๆ ประกอบด้วยระบบสนับสนุนทั้งด้านเทคนิค ด้านวิชาการและด้านสังคม โดยใช้ Google classroom เป็นศูนย์กลางนำเสนอบทเรียนผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ผู้สอนทำหน้าที่สนับสนุนการเรียนรู้อื่นๆ และให้คำปรึกษา มีระบบการสื่อสารสองทางอย่างสม่ำเสมอ วิทยาลัยมีระบบอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพสูงและมีระบบ Cloud ที่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบรวมทั้งมีแหล่งค้นคว้าฐานข้อมูลที่ทันสมัย ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้สะดวกและเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ส่งผลให้สามารถพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์โดยจัดให้มีระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดีช่วยให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี (Lahti, Hätönen, & Välimäki, 2014; Nortvig, Petersen, & Balle, 2018; Telford, & Senior, 2017) บทบาทของผู้สอนในการสนับสนุนการเรียนรู้อื่นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้อื่นๆ (Koch, 2014)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีจุดเด่น คือ เป็นรูปแบบการเรียนการ

สอนแบบออนไลน์ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลาทุกสถานที่ และช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้เรียนให้มีความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงในคลินิกและในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น การใช้บทเรียนออนไลน์ที่เน้นการพัฒนาความรู้และสามารถฝึกทักษะการประเมินและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากสถานการณ์จำลองในใบงานช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจและมีความพร้อมในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบฯ ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและวัดหลังการทดลอง ไม่มีกลุ่มควบคุม และเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินสมรรถนะตามการรับรู้ของนักศึกษาจากการฝึกปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวจากการปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งอาจมีผลต่อการอ้างอิงผลลัพธ์ของการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ควรนำรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนไปใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ก่อนสำเร็จการศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมในเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถาบันพระบรมราชชนกที่กำหนด คือ “มุ่งสร้างผู้นำและนวัตกรรมสุขภาพสู่ชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน”

2. สถาบันอุดมศึกษาควรจัดเตรียมระบบสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งด้านเทคนิค ด้านวิชาการและด้านสังคมให้พร้อมสำหรับส่งเสริมการเรียนรู้ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเครือข่าย คู่มือการใช้บทเรียน ช่องทางการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและเพื่อนร่วมชั้นเรียน รวมทั้งจัดทำมีฐานข้อมูลและแหล่งสืบค้นทางวิชาการที่ทันสมัย ทั้งนี้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ควรคำนึงถึงการเตรียมพร้อมผู้เรียน และผู้สอนควรติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้เรียนสามารถเรียนรู้และฝึกทักษะได้ครบถ้วนตามบทเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและติดตามผลลัพธ์โดยศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์ระยะยาวอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

References

- Almutairi, N., Hosseinzadeh, H., & Gopaldasani, V. (2020). The Effectiveness of Patient Activation Intervention on Type 2 Diabetes Mellitus Glycemic Control and Self-Management Behaviors: A Systematic Review of RCTs. *Primary Care Diabetes*, 14(1), 12-20.
- Aunban, P., & Tanomrat, S. (2021). The Development of a Program to Develop Competency for Nursing Students in Health Behavior Changes of Hypertension Patients in the Community. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(11), 1-20.

- Carolan, C., Davies, C. L., Crookes, P., McGhee, S. & Roxburgh, M. (2020). COVID 19: Disruptive Impacts and Transformative Opportunities in Undergraduate Nurse Education. *Nurse Education in Practice*, 46, 102807.
- Chaleoykitti, S., Artsanthia, J. & Daodee, M. S. (2020). The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 255-262. (in Thai)
- Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes Self-Management Education for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of the Effect on Glycemic Control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926-943.
- Chunthawanich, S. (2010). *Qualitative Research Methodology* (17th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2022). *Data of Non-Communicable Diseases*. Retrieved May 14, 2022 from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
- Eberly, L. A., Rusangwa, C., Neal, C. C., Mukundiyukuri, J. P., Mpanusingo, E., Mungunga, J. C., et al. (2019). Cost of Integrated Chronic Care for Severe Non-Communicable Diseases at District Hospitals in Rural Rwanda. *British Medical Journal Global Health*, 4(3), e001449.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing Delivery of the Five 'As' for Patient-Centered Counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245-255.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B. & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health. (2014). *ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Kankeu, H. T., Saksena, P., Xu, K. & Evans, D. B. (2013). The Financial Burden from Non-Communicable Diseases in Low-and Middle-Income Countries: A Literature Review. *Health Research Policy and Systems*, 11(1), 1-12.
- Kim, S., Jeong, S. H., Kim, H. S. & Jeong, Y. J. (2022). Academic Success of Online Learning in Undergraduate Nursing Education Programs in the COVID-19 Pandemic Era. *Journal of Professional Nursing*, 38, 6-16.
- Kim, S. Y., Kim, S. J. & Lee, S. H. (2021). Effects of Online Learning on Nursing Students in South Korea During COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8506.
- Koch, L. F. (2014). The Nursing Educator's Role in E-Learning: A Literature Review. *Nurse Education Today*, 34(11), 1382-1387.
- Kraichan, S. (2018). Health Promotion Competencies of Bachelor of Nursing Students in Academic Year 2015 at Srimahasarakham Nursing College. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 156-163. (in Thai)

- Lackland, D. T. & Weber, M. A. (2015). Global Burden of Cardiovascular Disease and Stroke: Hypertension at the Core. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(5), 569-571.
- Lahti, M., Hätönen, H. & Välimäki, M. (2014). Impact of E-Learning on Nurses' and Student Nurses Knowledge, Skills, and Satisfaction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 136-149.
- Lastra, G., Syed, S., Kurukulasuriya, L. R., Manrique, C. & Sowers, J. R. (2014). Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension: An Update. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 43(1), 103-122.
- NCD Countdown 2030 Collaborators. (2018). NCD Countdown 2030: Worldwide Trends in Non-Communicable Disease Mortality and Progress towards Sustainable Development Goal Target 3.4. *Lancet*, 392(10152), 1072-1088.
- Nortvig, A. M., Petersen, A. K. & Balle, S. H. (2018). A Literature Review of the Factors Influencing E-Learning and Blended Learning in Relation to Learning Outcome, Student Satisfaction and Engagement. *Electronic Journal of E-learning*, 16(1), 46-55.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7th ed.). New Jersey: Pearson.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. (2018). *Bachelor of Nursing Program (Course updated 2018)*. Phetchaburi: Prachomklao College of Nursing. (in Thai)
- Promla, W. & Aukakimaphan, J. (2018). The Effective of a Health Promotion of Elderly in Pathumthani Province. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science)*, 4(2), 59-67. (in Thai)
- Pumsangua, K. & Prasittivatechakool, A. (2014). Patterns in Developing Nursing Students of The Royal Thai Army Nursing College to be Health Promotion Leaders in Relevance to Exercise, Food Consumption and Stress Management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 73-80. (in Thai)
- Rungnoei, N., Dittabunjong, P., Oumpram, K., Sirilarp, A. & Boonthum, S. (2020). *A Model of Student Peer Leader Development for Enhancing Health Promoting Behaviors among Nursing Students*. Phetchaburi: Prachomklao College of Nursing. (in Thai)
- Shahaj, O., Denny, D., Schwappach, A., Pearce, G., Epiphaniou, E., Parke, H. L., et al. (2019). Supporting Self-Management for People with Hypertension: A Meta-Review of Quantitative and Qualitative Systematic Reviews. *Journal of Hypertension*, 37(2), 264-279.
- Sittisart, W., Meethip, N. & InJeen, J. (2019). The Effectiveness of a Health Promoting Behavior Program for Elderly with High Blood Pressure at Banklong Sub District Health Promoting Hospital, Phitsanulok. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(1), 153-165. (in Thai)
- Srisuwanan, P. (2017). Result of Hypertension Patient Behavior Change Research with Pender's Health Model. *Journal Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*, 3(2), 105-118. (in Thai)

- SuangKaew, S. & Kooariyakul, A. (2014). Competency Development Model of Nurse Students Toward a Health Promotion Practitioner. *Journal of Nursing and Education*, 7(2), 32-46. (in Thai)
- Teantaworn, W. (2013). *Surveillance, Control and Prevention System of DM and HT in Thailand: Policy to Action* (3rd ed.). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Teantaworn, W. (2021). *Strategies for driving Praboromarajchanok Institute Towards a Healthy Community*. Retrieved October 29, 2021 from <https://www.pi.ac.th/uploads/news/document/20210901144650aQkwvK2.pdf> (in Thai)
- Telford, M. & Senior, E. (2017). Healthcare Students' Experiences When Integrating E-Learning and Flipped Classroom Instructional Approaches. *British Journal of Nursing*, 26(11), 617-622.
- Trust, T. & Pektas, E. (2018). Using the ADDIE Model and Universal Design for Learning Principles to Develop an Open Online Course for Teacher Professional Development. *Journal of Digital Learning in Teacher Education*, 34(4), 219-233.
- Welty, G. (2007). The 'Design' Phase of the ADDIE Model. *Journal of GXP Compliance*, 11(4), 40-48.
- World Health Organization. (2020). *World Health Organization Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Retrieved July 3, 2021 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable Diseases*. Retrieved July 3, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ผลของการใช้แนวทางการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟต
ในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสงขลา

Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: The
Effectiveness of a Self-Management Education Program on Self-Care Behaviors
in Controlling Hyperphosphatemia

สุภาพ ปิ่นทอง*

Supap Pinthong*

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสงขลา*

Hemodialysis Unit, Songkhla Hospital*

(Received: May 22, 2022; Revised: November 16, 2022; Accepted: November 22, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับของฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 32 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือในการทดลอง คือ แผนการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง คู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้มีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ได้เท่ากับ .98 และทดสอบความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเอง ($M=3.60$, $SD=.67$) สูงกว่าก่อนได้รับแนวทางการจัดการตนเอง ($M=3.21$, $SD=.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเอง ($M=5.13$, $SD=1.76$) ต่ำกว่าก่อนได้รับแนวทางการจัดการตนเอง ($M=5.85$, $SD=1.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้แนวทางการจัดการตนเองทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น พยาบาลไตเทียมสามารถใช้แนวทางการจัดการตนเองของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟต

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด, การควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pap_supap25@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8971505)

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest design study aimed to: 1) to compare self-care behaviors in controlling hyperphosphate in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis before and after receiving a new self-management education program and 2) to compare the levels of phosphate in the blood of chronic renal failure patients undergoing hemodialysis before and after receiving the program. The sample was 32 patients with chronic renal failure who were selected according to specific qualifications. The research experimental tool were a teaching plan for patients' self-management, and a manual of self-management for hyperphosphate control. The tool used for data collection was a questionnaire, including demographic data and health status, as well as self-care behavior. The content validity of the questionnaire was verified, obtaining a value of 0.98. Its reliability was tested, yielding a value of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics.

1. After receiving the self-management education program, self-care behavior in controlling hyperphosphate among patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis was higher than before ($M=3.60$, $SD=.67$, and $M=3.21$, $SD=.94$, respectively), with statistical significance, at a level of .01.

2. After receiving the self-management education program, serum phosphate levels in chronic renal failure patients undergoing hemodialysis was lower than before ($M=5.13$, $SD=1.76$, and $M=5.85$, $SD=1.33$, respectively), with statistical significance, at a level of .05.

Per findings, providing self-management education improved self-care behaviors in controlling hyperphosphatemia among patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Therefore, nurses can use this program to encourage chronic renal failure patients undergoing hemodialysis, so to comply with phosphate control.

Keywords: Self-Management, Self-Care Behavior, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Hyperphosphatemia

บทนำ

ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการทำงานบกพร่อง สูญเสียหน้าที่ในการรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ประสิทธิภาพในการขับของเสียออกจากร่างกาย เช่น ยูเรีย (Urea) ครีเอตินิน (Creatinine) กรดยูริก (Uric Acid) ฟอสเฟต (Phosphate) ลดลง รวมทั้งมีความผิดปกติในการสร้างฮอร์โมนต่างๆ เช่น ฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) วิตามินดี (Vitamin D) ซึ่งเมื่อไตสูญเสียหน้าที่แล้วไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Kochaseni, & Jittinan, 2021) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตที่ใช้มากที่สุดและมีอัตราการใช้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกระบวนการรักษาการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย จากข้อมูลในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 97,265 ราย 114,262 ราย และ 129,724 ราย (Chuasuan & Lumpaopong, 2021) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่ได้ทดแทนการทำงานของไตทั้งหมด ไตปกติทำงานสัปดาห์ละ 168 ชั่วโมง เมื่อรวมชั่วโมงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อสัปดาห์แล้วมีเพียง 8-10 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือเท่ากับร้อยละ 6-7 ของชั่วโมงการทำงานของไตปกติเท่านั้น อีกประมาณ 150 ชั่วโมงที่เหลือเป็นช่วงที่น้ำ ของเสีย เกลือแร่ยังคงค้างอยู่ในร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมน้ำ อาหาร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและภาวะสมดุลกรดต่างผิดปกติ การเสียสมดุลกรดที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) เนื่องจากฟอสเฟตในเลือดถูกกำจัดออกทางไตเป็นหลัก เมื่อไตทำงานบกพร่องทำให้ฟอสเฟตในเลือดถูกกำจัดน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ซึ่งพบได้บ่อย

ละ 50-60 ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Kiatsunthorn, 2021) จากการทบทวนตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา พบผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในปีงบประมาณ 2564 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 ร้อยละ 35.71-51.11 ซึ่งตามตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามเกณฑ์ตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยที่รับรองโดยแพทยสภา ผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องน้อยกว่าร้อยละ 20 (Opasharoenkul, 2014)

ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) หมายถึง ภาวะที่ในเลือดมีระดับฟอสเฟตมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Opasharoenkul, 2014) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของปาราไธรอยด์ฮอร์โมน จนทำให้เกิดภาวะปาราไธรอยด์ฮอร์โมนสูงผิดปกติ ภูมิ เกิดการทำลายกระดูกอย่างไม่หยุดยั้ง กระดูกจะบางและเปราะผู้ป่วยจะมีการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดอาการแทรกซ้อนของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่นเกิดผังผืดในหัวใจ หัวใจโต เกิดความไม่สุขสบายจากอาการคันเนื่องจากการสะสมของฟอสเฟตบริเวณผิวหนัง (Kiatsunthorn, 2021) ปัจจุบันการควบคุมระดับของฟอสเฟตในผู้ป่วยไตเรื้อรังตามคำแนะนำของ The Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2560 ให้เริ่มรับการรักษาเพื่อลดระดับฟอสเฟตในเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเมื่อมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติหรือ 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Kiatsunthorn, 2021) การแก้ไขให้ระดับฟอสเฟตลงมาอยู่ในช่วงปกติหรือต่ำกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ (Kiatsunthorn, 2021; Block, Klatzer, Lazarus, Ofsthun, Lowrie, & Chertow, 2004) โดยวิธีการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง 2) การรับประทานยาจับฟอสเฟต (Phosphate binder) และ 3) การมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ (Vallee, Weinstein, Battistella, Papineau, Moseley, & Wong, 2021) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยถึงร้อยละ 53 ที่รับประทานยาจับฟอสเฟตไม่สม่ำเสมอหรือรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยา ผู้ป่วยหยุดยาเองเพราะเชื่อว่ายาจับฟอสเฟตไม่มีความจำเป็น หรือกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยารวมทั้งความยากลำบากในการรับประทานยา ทั้งในเรื่องของบรรจุภัณฑ์ที่แกะยาก รสชาติขม (Chamnan, Kitsripisarn, & Tasanarong, 2021; Umenkeje, Mixon & Cavanaugh, 2018; Martins, Silva, Kraychete, Reis, Dias, Schnitman, et al, 2013) ในส่วนการควบคุมอาหารนั้นมีผู้ป่วยร้อยละ 43-84 ที่ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูงได้ เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่รู้ถึงอาการแทรกซ้อนของการไม่ควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูง บางรายรับรู้แต่ไม่มีความตระหนักในการควบคุม บางรายอาศัยอยู่คนเดียวทำให้ไม่มีผู้ประกอบอาหารให้จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารสำเร็จรูปบ่อยครั้ง ซึ่งอาหารสำเร็จรูปนั้นจะมีปริมาณฟอสเฟตสูง (Umenkeje, Mixon & Cavanaugh, 2018; Vallée, Weinstein, Battistella, Papineau, Moseley, & Wong, 2021) นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 32 ที่มาฟอกเลือดไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาในการเดินทางมาฟอกเลือด รวมถึงการหยุดฟอกเลือดก่อนเวลาซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การควบคุมฟอสเฟตประสบความสำเร็จ (Chamnan, Kitsripisarn, & Tasanarong, 2021; Umenkeje, Mixon & Cavanaugh, 2018; Lins, Leite, Godoy, Tavares, Rocha & Silva, 2018)

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการจัดการตนเองเป็นขั้นตอน ซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความผิดปกติในการจำกัดฟอสเฟต ผู้ป่วยจึงต้องมีกระบวนการจัดการตนเองและควบคุมตนเองในการจำกัดปริมาณฟอสเฟต โดยการควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูง การรับประทานยาจับฟอสเฟตสม่ำเสมอและถูกวิธี และการมาฟอก

เลือดตามแผนการรักษา ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความสามารถในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของตนจะทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้แนวคิดการจัดการตนเองสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยหรือโรคด้วยตนเองได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกี่ยวกับการควบคุมฟอสเฟต จากการศึกษาของ Chamnan, Kitsripisarn, & Tasanarong (2021) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟต ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Jintana, Sriyuktasut, Pongthawornkamol, Nata (2016) โปรแกรมการให้ข้อมูล เสริมแรงใจ และทักษะการรับประทายาเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 69 ราย ก่อนการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 20.82 ($SD=2.93$) เป็น 24.55 ($SD=1.46$) ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 21.60 ($SD=2.13$) เป็น 22.37 ($SD=2.43$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.535, p<.05$) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตในเลือดหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) การศึกษา ของ Shi, Fan, Han, Wu, Di, Hou et al (2013) การจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูงร่วมกับการรับประทานยาจับฟอสเฟต เมื่อมีการติดตามผลการของโปรแกรมเป็นระยะพบว่าระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลาถึง 24 สัปดาห์

จากการทบทวนตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา พบผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงดังกล่าวข้างต้นด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในบริบทของหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา ในด้านการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง ร่วมกับการรับประทานยาจับฟอสเฟตที่ถูกวิธี และการมาฟอกเลือดตามนัดอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาในบริบทของหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000) ในการส่งเสริมการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อันจะส่งผลให้สามารถป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะฟอสเฟตในเลือดที่สูงตามมา และเป็นผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามตัวชี้วัดด้านพยาธิวิทยาคลินิกที่ประเมินของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจะลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตายจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเอง

สมมุติฐานวิจัย

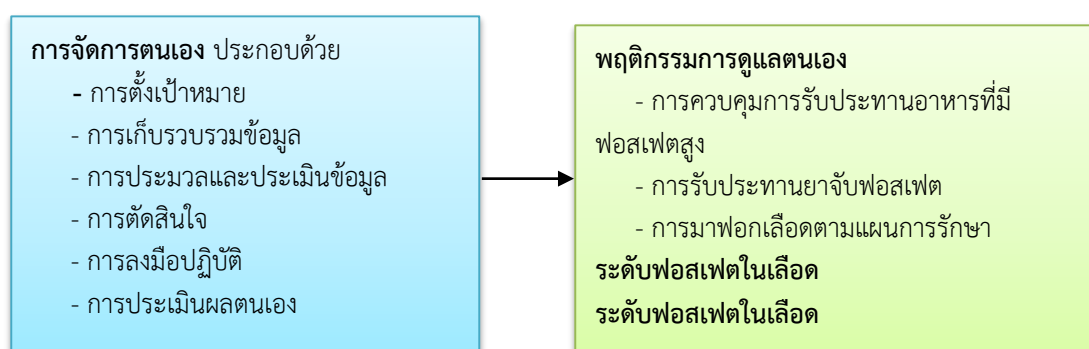
1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการแนวทางการจัดการตนเอง

2. ระดับของฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเองลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับแนวทางการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มาใช้ในการพัฒนาผลของการใช้แนวทางการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา ซึ่ง Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลตนเอง

การที่ผู้ป่วยจะจัดการตนเอง ในเรื่องการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงได้นั้นผู้ป่วยต้องรู้จักการจัดการตนเองที่ดี โดยใช้กระบวนการ 6 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการมาฟอกเลือดตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ระดับฟอสเฟตในเลือดลดลง ผู้ป่วยต้องทำต่อเนื่อง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประจำที่หน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลาจำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลสงขลา ที่เข้ารับการรักษาในเดือน ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วไม่น้อยกว่า 4 เดือน
2. รู้สึกดีที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน อ่านออกเขียนได้
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการรักษาด้วยยาจับฟอสเฟตต่อเนื่องตลอดจนครบโครงการ
4. สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตลอดโครงการ

มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ตามข้อกำหนดจำนวน 32 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมการจัดการตนเองได้ เช่นมีภาวะน้ำท่วมปอดจนต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรือมีโรคอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1. แผนการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และหลักการการจัดการตนเองเพื่อควบคุมปริมาณฟอสเฟตในเลือดโดยครอบคลุมเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณฟอสเฟตน้อย การรับประทานยาจับฟอสเฟตที่ถูกต้อง การมารับการฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ

2. คู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยในการควบคุมฟอสเฟต มีเนื้อหาตามแผนการสอน เพื่อให้มีการจัดการตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมปริมาณฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจ

2.3 การประมวลและประเมินข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.4 การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อให้ควบคุมฟอสเฟตได้ตามเกณฑ์โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมเป็นพื้นฐาน

2.5 การลงมือปฏิบัติเพื่อฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ควบคุมฟอสเฟตได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

2.6 การประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองว่าสามารถทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้หรือไม่โดยประเมินจากผลการตรวจระดับฟอสเฟตในเลือดในแต่ละเดือน

3. แบบบันทึกการบริโภคอาหารของผู้ป่วย

4. แบบบันทึกการรับประทานยา

5. แบบบันทึกการมารับบริการฟอกเลือด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังรอเข้าเครื่องหรือในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังฟอกเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/สัปดาห์ โรคประจำตัวอื่นๆ การรับประทานยาจับฟอสเฟต

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้พยานลงนามกำกับ

การดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะโพสเฟตในเลือดสูง ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre test) (ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที)

2. ผู้วิจัยประเมินระดับภาวะโพสเฟตในเลือด โดยดูผลการตรวจระดับโพสเฟตในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับหลังเข้าร่วมกิจกรรม

3. ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 9 - 10 ดังนี้

3.1 การให้ความรู้ (Self Management Education) เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโพสเฟตในเลือดสูงเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย ครอบคลุมเนื้อหา ความหมายของโรคไตวายเรื้อรัง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะโพสเฟตในเลือดสูง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การตรวจวินิจฉัยและการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การประเมิน และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพสเฟตในเลือดสูง ใช้เวลาประมาณ 1/2 - 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1-2 โดยให้ข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟอกเลือด

3.2 การฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self Management Skill Training) ในการควบคุมอาหารที่มีโพสเฟตสูง การเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม การบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การฝึกคำนวณปริมาณโพสเฟตที่ควรได้รับในแต่ละวัน การรับประทานยาจับโพสเฟตที่ถูกต้อง การแกะซองยา โดยมีการสาธิตฝึกตอบย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 1/2-1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 - 2 ดังนี้

3.2.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังโดยกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาฟอกเลือดตามแผนการรักษา (ในสัปดาห์ที่ 1-2)

3.2.2 การรวบรวมข้อมูล (Information collection) ผลการตรวจโพสเฟตย้อนหลังก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยสอนและฝึกให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดกระดูก และอาการคันบริเวณผิวหนัง และบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกประจำวัน (ในสัปดาห์ที่ 1 - 2)

3.2.3 การประมวลและประเมินผลข้อมูล (Information Processing and Evaluation) เป็นการฝึกให้กลุ่มตัวอย่างรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น อาการคัน อาการปวดกระดูก โดยกลุ่มตัวอย่างต้องสามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (ในสัปดาห์ที่ 1-2)

3.2.4 การตัดสินใจ (Decision making) หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับภาวะโพสเฟตในเลือดสูง แล้ว ผู้วิจัยได้ฝึกให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะโพสเฟตสูงได้ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงเอง เป็นต้น (ในสัปดาห์ที่ 1-2)

3.2.5 การลงมือปฏิบัติ (Acting) เป็นการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโพสเฟตสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติรวมทั้งการปฏิบัติตน (ในสัปดาห์ที่ 1-2)

3.2.6 การประเมินผล (Self - reaction) เป็นการฝึกให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะโพสเฟตเกินว่าสามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริงหรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมาย

ที่ตั้งไว้ และสามารถวิเคราะห์ข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อให้สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ในสัปดาห์ที่ 1-2)

4. ผู้วิจัยสอนการใช้คู่มือการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาพอกเลือดตามแผนการรักษา ฝึกการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในแบบบันทึก โดยกลุ่มตัวอย่างทดลองลงบันทึกข้อมูลอาหารที่บริโภค แหล่งที่มาของอาหารเพื่อเป็นการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ รวมถึงปัญหาในการรับประทานยา ปัญหาในการมารับบริการพอกเลือด (ประมาณ 1/2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1-2 โดยใช้เวลาขณะผู้ป่วยเข้ารับการพอกเลือด)

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน โดยมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก เพื่อติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองและให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะที่ได้รับ โดยผู้วิจัยประเมินจาก แบบบันทึกการบริโภคอาหาร แบบบันทึกการรับประทานยา แบบบันทึกการมารับบริการพอกเลือดของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการมาพอกเลือด แต่ละครั้งมีการเสริมทักษะเพิ่มเติม ในสัปดาห์ที่ 3-4

7. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะโพสเฟตสูง เมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการจัดการตนเองครบ 9-10 สัปดาห์

8. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ในการป้องกันโพสเฟตสูงของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการจัดการตนเองครบ 9-10 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 30 นาที โดยให้ตอบแบบสอบถามในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังพอกเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามี การกระจายตัวแบบเป็นโค้งปกติจากการทดสอบด้วย Q-Q Plot of Mean โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโพสเฟตในเลือดสูง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับแนวการจัดการตนเองโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะโพสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับแนวการจัดการตนเองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา เอกสารรับรองเลขที่ SKH IRB 2022-Md-IN3-1002 โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และหากในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ ก็สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	1	3.1
31 - 40 ปี	5	15.6
41 - 50 ปี	6	18.7
51 - 60 ปี	10	31.3
มากกว่า 60 ปี	10	31.3
เพศ		
ชาย	21	65.6
หญิง	11	34.4
สถานภาพ		
โสด	7	21.9
คู่	19	59.4
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	18.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	25
มัธยมศึกษา	8	25
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8	25
ปริญญาตรี	6	18.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.2
อาชีพในปัจจุบันขณะเข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	46.9
ประกอบอาชีพรับจ้าง	5	15.5
ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.1
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม	6	18.8
ประกอบอาชีพค้าขาย	3	9.4
ประกอบอาชีพอื่นๆ	2	6.3

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.3 เท่ากัน เพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65.6 และ 34.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 59.4 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 25 เท่ากัน ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 รองลงมาประกอบเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 18.8

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
น้อยกว่า 1 ปี	2	6.3
1 – 3 ปี)	13	40.6
4 – 6 ปี	5	15.6
7 – 10 ปี	4	12.5
มากกว่า 10 ปี	8	25
จำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/สัปดาห์		
2 ครั้ง/สัปดาห์	7	21.9
3 ครั้ง/สัปดาห์	25	78.1
โรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย		
ไม่มี	5	15.6
มีโรคประจำตัว	27	84.4
เบาหวาน	15	48.9
ความดันโลหิตสูง	24	75
ท่านรับประทานยาจับฟอสเฟตหรือไม่		
แคลเซียมคาร์บอเนต	29	90.6
ซาวีลามอร์	2	6.3
แลนทานัม	1	3.1
ระดับฟอสเฟตในเลือดก่อนเข้าโครงการ (ต.ค 2564)	M=5.85	SD=1.33

จากตาราง 2 พบว่า ระยะเวลาของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในช่วงเวลา 1-3 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาเกินกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 25 จำนวนครั้งในการฟอกเลือด/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 78.1 ร้อยละ 84.4 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 75 ยาจับฟอสเฟตที่รับประทานเป็นส่วนมากคือ แคลเซียมคาร์บอเนต คิดเป็นร้อยละ 90.5 ระดับฟอสเฟตในเลือดก่อนเข้าโครงการ (ต.ค 2564) ($M=5.85$, $SD=1.33$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=32)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	2.92	1.02	3.45	.76	-9.07	<.001
พฤติกรรมการรับประทานยาจับฟอสเฟต	3.68	.52	3.82	.38	-3.55	<.001
พฤติกรรมการมาฟอกเลือด	3.73	.44	3.93	.24	-4.00	<.001
รวม	3.21	.94	3.60	.67	-9.98	<.001

จากตาราง 3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยรวมภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.60$, $SD=.67$) สูงกว่าก่อนได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.21$, $SD=.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.45$, $SD=.76$) สูงกว่าก่อน

ได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=2.92$, $SD=1.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พฤติกรรมการรับประทานยาจับฟอสเฟตภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.83$, $SD=.37$) สูงกว่าก่อนได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.68$, $SD=.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพฤติกรรมการมาฟอกเลือดตามแผนการรักษา ภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.93$, $SD=.24$) สูงกว่าก่อนได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.73$, $SD=.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4 เปรียบเทียบระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแนวคิดการจัดการตนเอง ($n=32$)

ระดับฟอสเฟตในเลือด	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value (1-tailed)</i>
ก่อนทดลอง	5.85	1.33	2.53	.008
หลังทดลอง	5.13	1.76		

จากตาราง 4 พบว่าภาวะฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=5.13$, $SD=1.76$) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=5.85$, $SD=1.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.60$, $SD=.67$) สูงกว่าก่อนได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=3.21$, $SD=.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และได้รับการส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตน ร่วมกับการที่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตน มีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาจับฟอสเฟต และการมาฟอกเลือดสม่ำเสมอตามแผนการรักษา จึงทำให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การใช้แนวคิดการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Petchai, Mingkaeo, Nonthapha, Kumthong, Homrach, & Piyalungka, et al (2018) ที่ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=3.94$) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=3.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำเกินต่อครั้งของการฟอกเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=2.68$) น้อยลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($M=2.97$) สนับสนุนผลการศึกษาของ Chamnan, Kitsripisarn, & Tasanarong (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียมและฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สนับสนุนผลการศึกษาของ Umbangtalad, & Prasongwattana (2017) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ

จัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สนับสนุนผลการศึกษา ของ Shi, Fan, Han, Wu, Di, Hou et al (2013) ที่ศึกษาการจัดการทำโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูงร่วมกับการรับประทานยาจับฟอสเฟต เมื่อมีการติดตามผลการของโปรแกรมเป็นระยะพบว่าระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากโรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งนี้การจัดการตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อนตนเอง ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ เช่นการรับประทานยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ให้ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ที่สนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยจะต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถผ่านสิ่งต่างๆ ไปได้ การฝึกฝนทักษะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยทักษะ 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร 5) การปฏิบัติ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Petchai, Mingkaeo, Nonthapha, Kumthong, Homrach, & Piyalungka, et al, 2018) นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความมุ่งมั่น ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ได้จากการประสบความสำเร็จโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997 Citi by Petchai, Mingkaeo, Nonthapha, Kumthong, Homrach, & Piyalungka, et al, 2018) และการสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะยาว และเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ในการจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเองเพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (Kralik, Koch, Price, Howard, 2004))

2. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายหลังได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=5.13$, $SD=1.76$) ลดลงกว่า ก่อนได้รับแนวคิดการจัดการตนเอง ($M=5.85$, $SD=1.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Creer (2000) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไต การมีฟอสเฟตในเลือดสูง การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลักการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การฟอกเลือดสม่ำเสมอ โดยใช้การส่งเสริมความรู้แบบรายบุคคล เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การคำนวณปริมาณฟอสเฟตในอาหารที่รับประทาน โดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมาย คือการลดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง นอกจากนี้การฝึกให้ผู้ป่วยบันทึกผลการตรวจระดับฟอสเฟต อาการต่าง ๆ ของตนเองในแบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์ความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยให้คู่มือกลับไปทบทวนเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการประเมินอาการปัจจุบันของตนเองว่ามีความผิดปกติหรือไม่ โดยผู้ป่วยเป็นผู้วิเคราะห์ด้วยตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมกำกัดฟอสเฟตของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถควบคุมปริมาณฟอสเฟตในเลือดได้สำเร็จหลังเข้าร่วมรวมทั้งมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับ

ฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจำกัดฟอสเฟตในเลือดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wagner, Brian, Davis, MikenHindmarsh, Schaefer, Bonomi (2001) เชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาที่ต้องการการปรับเปลี่ยนโดยตัวผู้ป่วยเองต้องให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การขาดการประสานการดูแล ขาดการติดตามผลการดูแล และผู้เจ็บป่วยไม่ได้รับการฝึกในการจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของการรักษา เข้าใจถึงอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถดูแลจัดการด้วยตนเองหรือปรับพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในโรคของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง โดยสามารถบอกถึงปัญหา อุปสรรคของการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Petchai, Mingkaeo, Nonthapha, Kumthong, Homrach, & Piyalungka, et al, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Umbangtalad, & Prasongwattana (2017) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อความรู้พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สนับสนุนการศึกษาของ Peeraphruettipong, Pakdevong & Chotima (2014) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สนับสนุนการศึกษาของ Jintana, Sriyuktasut, Pongthawornkamol, Nata (2016) โปรแกรมการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และทักษะการรับประทายยาเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตในเลือดหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ระยะเวลาอาจมีผลต่อการลดลงของระดับฟอสเฟต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตหลังได้รับแนวทางการจัดการตนเองสูงกว่า 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจจะเนื่องมาจากระยะเวลาในการศึกษาจำนวน 8 สัปดาห์ อาจมีผลกับการลดลงของระดับฟอสเฟต ซึ่งสนับสนุนข้อมูลการศึกษาของ Shi, Fan, Han, Wu, Di, Hou et al (2013) ที่ศึกษาการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูงร่วมกับการรับประทานยาจับฟอสเฟต เมื่อมีการติดตามผลการของโปรแกรมเป็นระยะพบว่าระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลาถึง 24 สัปดาห์

การนำผลการวิจัยไปใช้

การใช้แนวทางการจัดการตนเองทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น จึงควรนำมาใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลและกระตุ้นติดตามเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เป็นการส่งเสริมคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวทางการจัดการตนเองในระยะยาว โดยมีการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการจัดการตนเอง
2. ควรมีการศึกษาติดตามการใช้แนวทางการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองไปในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

3. พยาบาลไตเทียมควรได้รับการฝึกทักษะเพิ่มในเรื่องทฤษฎีการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถนำขั้นตอนของแนวคิดมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น

References

- Block, G. A., Klasser, P. S., Lazarus, M., Ofsthun, N., Lowrie, E. G. & Chertow, G. M. (2004). Mineral Metabolism, Mortality, and Morbidity in Maintenance Hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15(8), 2208-2218.
- Chamnan, A., Kitsripisarn, S. & Tasanarong, A. (2021). *Impact of Individual and Family Self-Management Programme on Hemodialysis-Treated Patient Adherence to Phosphorus Control and on Their Calcium X Phosphorus Product*. Thesis of master Nursing Science, Adult and Older Adult of Nursing Thammasat University. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(2), 50-65. (in Thai).
- Chuasuwan, A. & Lumpaopong, A. (2021). *THAILAND RENAL REPLACEMENT THERAPY YEAR 2020*. Association of Kidney Diseases.
- Creer, L. T. (2000). *Self-Management of Chronic Illness*. Handbook of Self-Regulation. California: Academic. 601-29.
- Jintana, P., Sriyuktasuth, A., Pongthavornkamol, K. & Nata, N. (2016). Information-Motivation-Behavioral Skills Program Improved Phosphate-Binder Adherence in Patients with Chronic Hemodialysis. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 92-101 (in Thai).
- Kiatsumthorn, K. (2021). CKD-MBD. *Academic Conference CKD Weekened 2021 Living with Kidney in Disruptive Era. 12-14 November 2021 Virtual Online Meeting*. Association of Kidney Diseases.
- Kochaseni, P., & Jittinan, A. (2021) “Chronic Kidney Disease and Initiation of Dialysis. In Nongnuch, A., Tironthanakul, K., Srisuwan, K. & Opacharoensuk, W.” Essential in Hemodialysis (pages 1-20). Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howard N. (2004). Chronic Illness Self-Management: Taking Action To create Order. *J Clin Nurs*, 13(2), 259-67.
- Lins, S. M. D., Leite, J. L., Godoy, S., Tavares, J. M., Rocha, R. G. & Silva, F. V. (2018). Treatment adherence of Chronic Kidney Disease Patients on Hemodialysis. *Acta Paul Enferm*, 31(1), 54-60.
- Martins, M. T., Silva, L. F., Kraychete, A., Reis, D., Dias, L., Schnitman, G. et al. (2013). Potentially Modifiable Factors Associated with Non-Adherence to Phosphate Binder Use in Patients on Hemodialysis. *BMC Nephrology*, 14(208), 2-10.
- Opasharoenkul, W. (2014). *Criteria for Hemodialysis Treatment Accreditation, Revised 2014*. The Nephrology Society of Thailand: Bangkok.
- Peeraphruettipong, N., Pakdevong, N. & Chotima, P. (2014). The Effectiveness of the Self-Management Program on Knowledge, Self-care Activities, and HbA1C in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: 1 Year follow-up study. (in Thai)
- Petchai, T., Mingkaeo, S., Nonthapha, Y., Kumthong, W., Homrach, P., Piyalungka, et al, (2018). The Effectiveness of Self Management on Fluid Overload Management for Chronic Kidney

- Disease Patients with Hemodialysis at Somdej Phranangchaosirikit Hospital. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(1), 106-120.
- Shi, Y. X., Fan, X. Y., Han, H. J., Wu, Q. X., Di, H. J., Hou, Y. H., et al (2013). Effectiveness of a Nurse-Led intensive Educational Programme on Chronic Kidney Failure Patients with Hyperphosphataemia: Randomised Controlled Trial. *J Clin Nurs*, 22(7-8), 1189-97.
- Umbangtalad, D. & Prasongwattana, S. (2017). *Effectiveness of Intensive Care Program for Patients with Type II Diabetes on Knowledge, Self-Management Behavior and Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in PCU, Bang Pa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*. *Nursing Journal Public Health and Education*, 18(1), 17-23. (in Thai)
- Umenkeje, E. M., Mixon, A. S., & Cavanaugh, K. L. (2018). *Phosphate-Control Adherence in Hemodialysis Patient: Current Perspectives*. *Patient Preference and Adherence*, 12 1175-1191.
- Vallée, M., Weinstein, J., Battistella, M., Papineau, R., Moseley, D. & Wong, G. (2021). Multidisciplinary Perspectives of Current Approaches and Clinical Gaps in the Management of Hyperphosphatemia. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 14, 301-311.
- Wagner, E. H., Brian, A. T., Davis, C., MikenHindmarsh, Schaefer J. & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wongrattana, C. (2017). *Techniques for Using Statistics for Research*. Amorn Printing. Bangkok.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1

Factors Associated with Intentional Behavior of Using Online Learning among Nursing Students of Nursing Colleges Under Praboromarajchanok Institute (Central Network 1)

สุดารัตน์ วันงามวิเศษ^{1*}, นิชมน หล้ารอด¹, ศุขญา โตจันทร์¹Sudarat Wannamwiset^{1*}, Nichamon Lumrod¹, Suchaya Tojun¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi Praboromrajchanok Institute^{1*}

(Received: June 20, 2022; Revised: October 25, 2022; Accepted: November 4, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1 ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์ 1 ชั้นปีที่ 1-4 การศึกษา 2564 จำนวน 337 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ทศนคติต่อการเรียนออนไลน์ 3) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .79 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สถิติสหสัมพันธ์อันดับ และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับดี ($M=98.65$, $SD=7.83$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ทศนคติต่อการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=.32$, $p<.01$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=.45$, $p<.01$)

การส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการเรียนออนไลน์ และสนับสนุนให้บุคคลสำคัญของนักศึกษาเห็นความสำคัญของการเรียนออนไลน์ที่จะนำไปสู่การผลักดันนักศึกษาให้เกิดพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ และเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี

คำสำคัญ: เรียนออนไลน์, นักศึกษาพยาบาล, ตั้งใจเรียน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sudarat@bcnnon.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 062-9646962)

Abstract

This research aimed to study the relationships between some selected factors and intention behavior of using online learning among nursing students of Nursing Colleges under Praboromarajchanok Institute (Ministry of Public Health, Central Network 1). The sample was 337 nursing students in their 1st to 4th year, in academic year 2020 at Bangkok, Changwat Nonthaburi, and Nopparat Vajira Boromrajonani colleges of nursing. The instruments used in this study included: 1) a general information questionnaire, 2) an attitude toward using online learning questionnaire, 3) a subjective norm questionnaire, 4) a behavioral intention in using online learning questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .87, .79, and .79 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, point biserial correlation coefficients, Eta correlation, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that the intentional behavior in nursing students for using online learning was at a high level ($M=98.65$, $SD=7.83$). Factors that were associated with the intentional behavior of using online learning included attitude toward using online learning was low correlated with intentional behavior ($r=.32$, $p<.01$), and subjective norm was moderate correlated with intentional behavior ($r=.45$, $p<.01$).

In conclusion, encouraging nursing students to have a positive attitude towards online learning and encouraging them to realize the importance of online learning will lead nursing students to have behavioral intention to using online learning with, as a result, good learning outcomes.

Keywords: Online Learning, Nursing Students, Intentional Behavior

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เพิ่งถูกค้นพบ หรืออาจเรียกว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยผ่านฝอยละอองที่มีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการไอ หรือจามรดกัน แล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยที่มือสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือสิ่งของปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก และอาจรุนแรงมากขึ้นจนเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) (Rahman, Aziz, Hussein, Othman, Salih Omer, Khalid et al., 2020) โดยการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นได้ง่าย จึงทำให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายไปทั่วโลก (Pandemic) จากรายงานพบผู้ป่วยยืนยันสะสมทั่วโลก 191 ประเทศ และมีจำนวนผู้ป่วยมากถึง 544 ล้านคน รวมทั้งในประเทศไทยจากรายงานการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงปัจจุบัน พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 471,965 คน และยังมีแนวโน้มของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, 2022)

จากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีประกาศให้จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดนนทบุรี จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ควบคุมและเข้มงวดสูงสุดโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีประกาศดังนี้ 1) การสั่งปิดสถานที่ชั่วคราว เช่น สถานบันเทิง สนามกีฬา โรงภาพยนตร์ โรงละคร ห้องสมุดสาธารณะ ร้านเสริมสวย 2) ห้ามดำเนินการหรือจัดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด เช่น ห้ามใช้อาคารหรือสถานที่ของโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาเพื่อการจัดการสอน การสอบ หรือกิจกรรมใดๆที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก 3) กำหนดระยะเวลาในปิดร้านค้า และห้างสรรพสินค้าในเวลา 21.00 น. 4) งดเดินทางออกนอกพื้นที่ และ 5) ขอความร่วมมือภาคีรัฐและเอกชนทำงานจากที่บ้าน (Work From Home) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า

การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ทั้งต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ เศรษฐกิจของครอบครัว การดำเนินชีวิตของประชาชน ระบบการสาธารณสุข และระบบการศึกษา โดยอย่างยิ่งระบบการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงของการจัดการเรียนอย่างชัดเจน (Official Statement of the Office of the Prime Minister, 2021)

ระบบการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา พบว่ามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนจากการเรียนการสอนในห้องเรียน หรือการเรียนการสอนแบบผสมระหว่างการเรียนการสอนในห้องเรียนและออนไลน์ เป็นการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ทั้งหมดผ่านสัญญาณอินเทอร์เน็ต ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สารสนเทศอย่างคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือ สมาร์ทโฟน และอาศัยโปรแกรมที่ใช้สำหรับการเรียนการสอน เช่น Google Meet WebEx Zoom เป็นต้น ซึ่งการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ในปัจจุบันสามารถทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ได้ทันทีเสมือนในห้องเรียน และสามารถเข้าถึงได้จากทุกที่ ทุกเวลา (Chaleoykitti, Artsanthia, & Daodee, 2020) แต่การเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์อาจทำให้ผู้สอนไม่สามารถควบคุมห้องเรียนได้โดยง่าย รวมทั้งอาจมีสิ่งกระตุ้นความสนใจของนักศึกษาจากการเรียน อาจทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนของนักศึกษาน้อยกว่าการเรียนในห้องเรียน สนับสนุนจากการสำรวจความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า นักศึกษาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหา และขาดสมาธิและขาดความตั้งใจ ร้อยละ 29.10 และ 27.33 ตามลำดับ (Network of Rajabhat University, 2021) และจากการศึกษาของมหาวิทยาลัย Harvard พบว่าอุปสรรคในการเรียนออนไลน์คือการขาดความมุ่งมั่นตั้งใจเรียนอย่างมีวินัย (Reich, & Ruiperez-Valiente, 2019) จะเห็นได้ว่าการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์จะประสบความสำเร็จนั้นต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้เรียน สนับสนุนจากผลการศึกษาของ Rammaboot (2019) พบว่าพฤติกรรมการตั้งใจเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($r=0.55, p<.05$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ หมายถึงการกระทำของนักศึกษาในลักษณะต่าง ๆ ที่แสดงความเอาใจใส่ จดจ่อกับการเรียน ปฏิบัติตามข้อตกลงที่มีต่อการเรียน และมีส่วนร่วมกับการเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้เรียน เช่น อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย ทักษะ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Chen, Wang, Wang, Zuo, Tian, & Cui, 2021; Gao, Phothikiti, , Vongurai, & Kitcharoen, 2022; Maheshwari, 2021) 2) ปัจจัยด้านผู้สอน เช่น รูปแบบการสอน พฤติกรรมการสอน (Lertsakornsiri, Narumitlert, & Samutpradit, 2021; Maneewongse, 2021) 3) ปัจจัยด้านบทเรียน เช่น สื่อการสอน บทเรียน (Limpasute, 2012) และ 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี เช่น ความพร้อมของสื่อเทคโนโลยี (Lertsakornsiri, Narumitlert, & Samutpradit, 2021) จากที่กล่าวมาผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านผู้เรียน เป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือจากการจัดการของผู้สอน และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ได้แก่ เพศ ชั้นเรียน ทักษะ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดพฤติกรรมโดยตรง (Ajzen, 1991)

วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1 มีจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครกาญจนบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครยะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เป็นสถาบันอุดมศึกษาทางการแพทย์ที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ รวมทั้งเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ทั้งวิชาภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ซึ่งบางวิชามีความซับซ้อนจึงต้องอาศัยความตั้งใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำมาเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

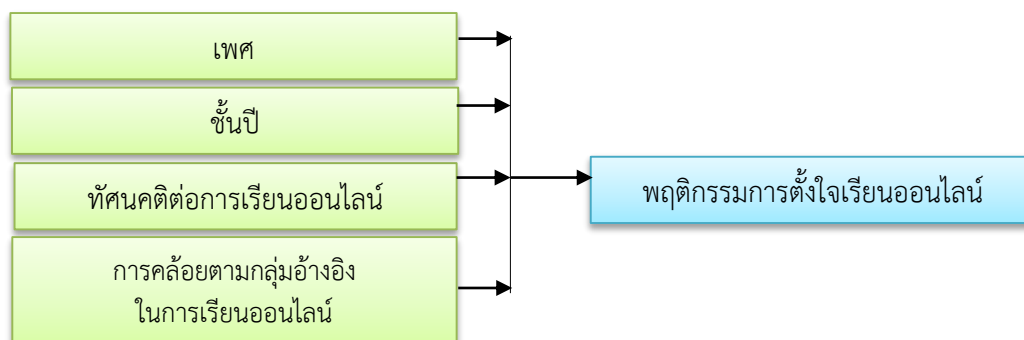
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ชั้นปี ทักษะคิดต่อการเรียนออนไลน์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1

สมมติฐานวิจัย

ตัวแปรเพศ ชั้นปี ทักษะคิดต่อการเรียนออนไลน์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) เป็นทฤษฎีที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล และช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดยมีปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม 3 ประการ คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความตั้งใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนออนไลน์ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเพศ และชั้นปีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว โดยแสดงกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในเครือข่ายภาคกลาง 1 ชั้นปีที่ 1 - 4 ในปีการศึกษา 2564 ที่ผ่านการเรียนรูปแบบออนไลน์ จำนวน 2,125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ 1 ชั้นปีที่ 1 - 4 ในปีการศึกษา 2564 ที่ผ่านการเรียนรูปแบบออนไลน์ จำนวน 337 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ได้วิทยาลัยพยาบาลจำนวน 3 แห่งจาก 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ และ 2) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนนักศึกษาของแต่ละวิทยาลัยได้นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 154 คน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ จำนวน 123 คน และ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี วิชาเรียนผ่านระบบออนไลน์ ระบบที่ใช้เรียนออนไลน์ ปัจจัยที่มีความสำคัญในการเรียนออนไลน์

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Gao, Phothikiti, , Vongurai, & Kitcharoen, 2022; Maheshwari, 2021) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประโยชน์ของการเรียนออนไลน์ 2) ความเพลิดเพลินในการเรียนออนไลน์ และ 3) ความยากง่ายในการสอนออนไลน์ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 15 - 75 คะแนน แบ่งระดับทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์เป็น 2 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับขั้น (Kaiwan, 2012) การแปลผล คะแนน 15 - 45 หมายถึง มีทัศนคติทางลบต่อการเรียนออนไลน์ และคะแนน 46 - 75 หมายถึง มีทัศนคติทางบวกต่อการเรียนออนไลน์

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Chen, Wang, Wang, Zuo, Tian, & Cui, 2021; Maheshwari, 2021) มีจำนวนคำถาม 5 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 5 - 25 คะแนน แบ่งระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ เป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับขั้น (Kaiwan, 2012) การแปลผล คะแนน 5 - 11 หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ระดับน้อย คะแนน 12 - 18 หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง และคะแนน 19 - 25 หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ระดับมาก

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปกร (Saeiee, 2019) มีจำนวนคำถาม 25 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 1 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 5 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25 - 125 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ เป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับขั้น (Kaiwan, 2012) การแปลผล คะแนน 25 - 58 หมายถึง มีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ระดับน้อย คะแนน 59 - 91 หมายถึง มีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง และคะแนน 92 - 125 หมายถึง มีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI ของ

เครื่องมือ เท่ากับ .98, .91 และ .98 ตามลำดับ และนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ก่อนไปใช้ในการศึกษาจริง โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ มีความเที่ยงเท่ากับ .87, .79 และ .79 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานงานกับงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ Google Form ที่ผู้วิจัยได้สร้างแบบฟอร์มและจัดทำในรูปแบบ QR Code ให้กับนักศึกษาพยาบาลของแต่ละวิทยาลัย โดยให้หน้าแรกแสดงคำชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงมีปุ่มแสดงความยินยอม และไม่ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจ หากไม่ยินยอมปุ่มจะถูกเชื่อมโยงไปที่หน้าสุดท้ายเพื่อส่งคำตอบ แต่หากยินยอมปุ่มจะเชื่อมโยงไปยังหน้าแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ พิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point Biseiral Correlation Coefficient) ขึ้นกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation) และหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจาก กราฟ Normal Probability Plot หรือ ทดสอบสถิติเอฟ (F-test) พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง จึงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบจังหวัดนนทบุรี เลขที่ BCNNON No. 012/64 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 337 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 93.47 มีอายุอยู่ในช่วง 18 – 36 ปี โดยส่วนใหญ่อายุ 21 ปี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 35.31 และ อายุ 19 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 24.92 โดยส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์ พบว่าวิชาที่เรียนออนไลน์เป็นวิชาทฤษฎี จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 ระบบหลักที่ใช้เรียนออนไลน์ คือ Google Meet จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 97.92 รูปแบบการสอนออนไลน์ คือ บรรยาย จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 73.80 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเรียนออนไลน์ คือ สัญญาณอินเทอร์เน็ต จำนวน 166 คิดเป็นร้อยละ 49.26

3. ทักษะต่อการเรียนออนไลน์ การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์

ตาราง 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ของทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ และพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ (n=337)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	M	SD	แปลผล
ทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์	15 - 75	15 - 75	59.16	10.69	เชิงบวก
การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์	5 - 25	8 - 25	19.25	4.13	มาก
พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์	25 - 125	46 - 86	98.65	7.83	มาก

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนออนไลน์ ($M=59.16$, $SD=10.69$) มีการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ($M=19.25$, $SD=4.13$) และมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ($M=98.65$, $SD=7.83$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ชั้นปี ทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์ และการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ (n=337)

ตัวแปร	พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์	
	ค่าความสัมพันธ์	p-value
เพศ	$r_{pb} = .11$	.241
ชั้นปี	$\text{Eta} = .40$	.751
ทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์	$r = .32^{**}$	<.01
การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์	$r = .45^{**}$	<.01

$^{**}p\text{-value} < .01$

r_{pb} = Point biserial, r = Pearson's Product Moment

จากตาราง 2 พบว่าทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1 สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ($M=98.65$, $SD=7.83$) เนื่องจากการเรียนการสอนในปัจจุบันส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทำให้นักศึกษามีทักษะด้านสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น (Turner, Leungratanamart, Niranrat, Jarnarerux, Wattanakull & Reunreang, 2016) และนักศึกษามีความคุ้นเคยกับการติดต่อสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Line, Instagram, Facebook, TikTok บนสมาร์ตโฟน เนื่องจากใช้งานอยู่เป็นประจำ ดังนั้น การเรียนออนไลน์ที่ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา โดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องเรียนเท่านั้น อาจารย์และนักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ได้ และใช้สื่อต่าง ๆ เช่น ข้อความ รูปภาพ เสียง วิดีโอ และมัลติมีเดียอื่น ๆ (E-book, CAI) ทำให้บทเรียนน่าสนใจ และสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา รวมทั้งจากแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้วิทยาลัยพยาบาลต้องปรับการเรียนเป็นรูปแบบออนไลน์ ทั้งวิชาภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะในการทดลองและปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร (Saeiee, 2019) พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.776$) และการศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ภาคเหนือตอนล่าง (Songthai, Yottavee & Saengkhiew, 2021) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.17$)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ทัศนคติต่อการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาอย่างนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากทัศนคติเป็นการประเมินของบุคคลที่มีผลต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีทัศนคติเชิงบวกกับพฤติกรรม จะทำให้เกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม นำไปสู่การแสดงพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ดังนั้นการที่นักศึกษารับรู้ประโยชน์ ความเพลิดเพลิน และความง่ายในการเรียนออนไลน์ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเรียนปริญญาโทรูปแบบออนไลน์ พบว่าทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.082$, $p<.001$) (Nathai, 2017) และการศึกษาในประเทศเวียดนาม พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเรียนออนไลน์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.446$, $p<.001$) (Maheshwari, 2021) และจากผลการศึกษาพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาอย่างนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยที่ครอบครัวและเพื่อนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อบุคคลที่มีความสำคัญได้แสดงพฤติกรรมหรือต้องการให้แสดงพฤติกรรมนั้น พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการคล้อยตามกัน ดังนั้นการที่นักศึกษารับรู้ว่าครอบครัวและเพื่อนเห็นว่ นักศึกษาควรตั้งใจและมีส่วนร่วมในการเรียนออนไลน์ จึงทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ภาคเหนือตอนล่าง พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเรียนออนไลน์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.473$, $p<.001$) (Songthai, Yottavee & Saengkhiew, 2021)

จากผลการศึกษาพบว่าเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาทุกเพศทุกวัยล้วนมีจุดหมายคือการสำเร็จการศึกษา ซึ่งอาจมีเหตุผลส่วนตัวแตกต่างกันไป เช่น

เรียนจบเพื่อนำไปประกอบอาชีพ นำความรู้ไปต่อยอดในการศึกษาต่อระดับที่สูงขึ้น ความคาดหวังจากครอบครัว จะผลักดันและมุ่งมั่นตั้งใจในการเรียนให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งนักศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีพัฒนาการทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบ สามารถควบคุมควบคุมตนเองได้ และตัดสินใจในเรื่องต่างๆ บนพื้นฐานของมาตรฐานสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Knowles, 1980) ดังนั้นนักศึกษาไม่ว่าจะเป็นเพศใดหรือระดับศึกษาใดจึงมีพฤติกรรมการศึกษาตั้งใจเรียนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeiee (2019) พบว่าเพศหญิงเพศชายและระดับการศึกษามีพฤติกรรมการเรียนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษา และอาจารย์ผู้สอนควรส่งเสริมให้นักศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการเรียนออนไลน์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ความสะดวก และความเพลิดเพลินในการเรียนออนไลน์
2. สถานศึกษา และอาจารย์ผู้สอนควรส่งเสริมให้กลุ่มอ้างอิงในการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ได้แก่ ครอบครัวหรือพ่อแม่ เพื่อนตระหนักถึงความสำคัญในการเรียนออนไลน์ โดยการให้ข้อมูลแก่กลุ่มอ้างอิงเหล่านี้ เพื่อจะนำไปสู่การผลักดันนักศึกษาให้เกิดพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ด้านรูปแบบการสอน ด้านผู้สอน และด้านสื่อการสอนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมนักศึกษาให้มีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนมากยิ่งขึ้น

Reference

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Chaleoykitti, S., Artsanthia, J. & Daodee, M. (2020). The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 255-262. (in Thai).
- Chen, M., Wang, X., Wang, J., Zuo, C., Tian, J. & Cui, Y. (2021). Factors Affecting College Students' Continuous Intention to Use Online Course Platform. *Springer Nature Computer Science*, 2, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s42979-021-00498-8>.
- Department of Disease Control. (2022). *Corona Virus Disease (COVID-19)*. Retrieved June 20, 2022 from <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
- Gao, L., Phothikiti, K., Vongurai, R. & Kitcharoen, S. (2022). Actors Influencing University Students' Attitude and Behavioral Intention Towards Online Learning Platform in Chengdu, China. *ABAC Assumption University Organization Development Institute Journal Vision. Action. Outcome*, 9(2), 21-37.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B. & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Kaiwan, Y. (2012). *Step by Step SPSS 4*. Bangkok: Bangkok Media Center.
- Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy*. New Yoke: McGraw-Hill.

- Lertsakornsiri, M., Narumitlert, J. & Samutpradit, K. (2021). Factor Effecting on Learning Behaviors with Student' Online Learning in Saint Louis College from COVID-19 Situation. *Journal of Health and Health Management*, 7(1), 13-27. (in Thai).
- Limpasute, P. (2012). *Attentive Behavior of Part-Time Undergraduate Student at Rajabhat Rajanagarinda University, Chachoengsao*. Retrieved June 20, 2022 from http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev_Psy/Pissanu_L.pdf
- Maheshwari, G. (2021). Factors Affecting Students' Intentions to Undertake Online Learning: an Empirical Study in Vietnam. *Education and Information Technologies*, 26, 6629-6649.
- Maneewongse, N. (2021). Students' Behaviors and Factors Achieving Online Teaching with Line Application During COVID-19. *Journal of Educational Studies*, 15(1), 161-173.
- Nathai, S. (2017). *Factors Affecting Study Intention of Online Master's Degree in Technology Management Program*. Retrieved June 20, 2022 from http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5923032097_7521_6796.pdf. (in Thai).
- Network of Rajabhat University. (2021). *Online Learning Under the Covid-19 Epidemic*. Retrieved June 20, 2022 from <https://register.kpru.ac.th/RajabhatPoll/contents/20200007/rajabhatPoll.pdf>. (in Thai).
- Official Statement of the Office of the Prime Minister. (2021). *Declaration of an Emergency Situation Pursuant to the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations*. Retrieved June 20, 2022 from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/256/T_0001.PDF. (in Thai).
- Rahman, H. S., Aziz, M. S., Hussein, R. H., Othman, H. H., Salih Omer, S. H., Khalid, E. S., et al. (2020). The Transmission Modes and Sources of COVID-19: A Systematic Review. *International Journal of Surgery Open*, 26, 125-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.08.017>
- Rammaboot, W. (2019). *The Relationship Between Learning Behavior and Academic Achievement in the Principle of Accounting of Business Computer's Students*. Retrieved June 20, 2022 from <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/8442020-01-04.pdf>. (in Thai).
- Reich, J. & Ruiperez-Valiente, J. A. (2019). The MOOC Pivot. *Science*. 363(6423), 130-131.
- Saeiee, N. (2019). *Behavioral Intention in Using Online Learning Under the Covid-19 Epidemic of Students of Silpakorn University Sanam Chandra Palace Campus*. Retrieved June 20, 2022 from <https://www.researchgate.net/profile/Psychology-And-Guidance-Silpakorn-2/publication/348364512>. (in Thai).
- Songthai, N., Yottavee, W. & Saengkhiew, P. (2021). Factors Influencing the Online Learning Behaviors of Nursing Students: The Lower Northern Region. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(1), 198-209. (in Thai).
- Turner, K., Leungratanamart, L., Niranrat, S., Jarnarerux, J., Wattanakull, B. & Reunreang, T. (2016). Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 26(2), 178-193. (in Thai).
- Wiersma, W. & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

The Effects of a Family Partner Program on Knowledge, Self-care Behavior and Quality of Life among Patients with Heart Failure

นุชนาถ วิชิต¹, นิตยา ศรีสุข^{1*}

Nutchanath Wichit¹, Nittaya Srisuk^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี^{1*}

Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University^{1*}

(Received: July 31, 2022; Revised: October 15 2022; Accepted: November 17, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่และผู้ป่วยหลัก ถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองกลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วย การให้คำปรึกษา คู่มือการดูแลตนเอง วิดีโอ และการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .87 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired-t test และ Independent-t test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ภาวะ ความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังทดลอง เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ($t = -3.25, p < 0.05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ($t = -2.35, p < 0.05$) และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ($t = -1.09, p < 0.05$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการ จัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ($t = 0.47, p > 0.05$) และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($t = 1.53, p > 0.05$) และคุณภาพ ชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($t = 0.36, t = 2.31$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว, การดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nittaya.sri@sru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-5386625)

Abstract

This quasi-experimental research study with two group pretest posttest design aimed to evaluate a new family-partner program on knowledge, self-care and quality of life among patients with heart failure. The sample was patients with heart failure who had received treatment at outpatient department in Krabi hospital and primary care providers. Patient-care provider dyads were randomly allocated to intervention ($n=50$) or control group ($n=50$). Those in the intervention group received usual care plus a family partner program comprising face-to-face counselling, a heart failure manual as well as short video series and telephone support. The control group only received usual care. The instruments consisted of the Self-Care of Heart Failure Index and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Cronbach's alpha was .83 and .87 respectively. The Dutch of Heart Failure Knowledge Scale was used and Kuder-Richardson formula 20 coefficients was .81. Descriptive statistics, paired-t test, and independent-t test were used to analyze data.

The results revealed that after intervention, patient in both intervention and control groups had significantly higher knowledge, self-care maintenance, self-care management and self-care confidence scores compared to baseline ($p<0.05$), whereas there was no significant difference in quality of life scores for both physical and mental dimensions. The comparison between intervention and control group showed that after intervention, intervention group had knowledge ($t=-3.25$, $p<0.05$), self-care maintenance ($t=-2.35$, $p<0.05$) and self-care confidence ($t=-1.09$, $p<0.05$) scores significantly higher than control group. However, no significant difference were found in self-care management ($t=0.47$, $p>0.05$), overall quality of life ($t=1.53$, $p>0.05$), and both physical and mental quality of life ($t=0.36$, $t=2.31$ respectively, $p>0.05$) scores.

Therefore, the family partner program can be utilized for increasing knowledge, self-care maintenance, and self-care confidence among patients with heart failure.

Keywords: Heart Failure, Self-Care, Family-Based, Carer

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 26 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอีก 2-3 เท่าใน 20 ปีข้างหน้า (Virani, Alonso, Aparicio, Benjamin, Bittencourt, Callaway, et al, 2021) สาเหตุหนึ่งมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Janwanishstaporn, Karaketklang, & Krittayaphong, 2022) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราสูงกว่าประเทศในแถบเอเชียถึงร้อยละ 32.3 (Kingkaew, & Antadech, 2019) รายงานในปี ค.ศ. 2008-2013 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด 434,933 คน และแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 61,594 คนเป็น 80,246 คน ผู้ป่วย 1 ใน 3 กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 เดือน (Janwanishstaporn, Karaketklang, & Krittayaphong, 2022) จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงอย่างมาก แต่ในทางตรงข้ามทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น และกลายเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก (Danielsen, Thorgeirsson, Einarsson, Ólafsson, Aspelund, Harris, et al, 2017) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท มีระดับการศึกษาต่ำ ความรู้ไม่เพียงพอ และรายได้ต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Tankumpuan, Asano, Koirala,

Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และมาตรฐานการรักษาดำเนินการในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว โดยอายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 ปี และมีแนวโน้มว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ 4 (NYHA Class IV) (Dokainish, Teo, Zhu, Roy, AlHabib, ElSayed et al, 2016)

หนึ่งในเป้าหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Suetrong & Choowattanapakorn, 2016; Ketilsdottir, Ingadottir, & Jaarsma, 2019) โดยมีสาเหตุมาจากหลายประการเช่น ข้อจำกัดทางกายจากอาการโรค ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนล้า บวม กล้ามเนื้ออ่อนแรง และซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ และต้องพึ่งพาผู้อื่นอีกทั้งมีอุปสรรคที่ขัดขวางทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ขาดความรู้ ภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ (Jaarsma, Cameron, Riegel, & Stromberg, 2017; Tankumpuan, Asano, Koirala, Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) แต่การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง (Khitka, Sittisombut, & Chairard, 2017; Rice, Say, & Betihavas, 2018) ทำให้การสนับสนุนการดูแลตนเองถูกนำมาเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลก (McDonagh, Metra, Adamo, Gardner, Baumbach, Böhm, et al, 2021; Heidenreich, Bozkurt, Aguilar, Allen, Byun, Colvin, et al., 2022)

พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นกระบวนการคิดตัดสินใจที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การรับรู้อาการและมีผลโดยตรงกับการจัดการอาการ (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016) พฤติกรรมดูแลตนเองและความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การสังเกตอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ยาและผลข้างเคียงของยา การจำกัดน้ำดื่ม อาการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด เป็นต้นการศึกษาเชิงทดลองและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ยืนยันว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต อัตราการตาย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา (Zhao, Chen, Zhang, Ye, & Fan, 2020) อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ยาก และมีความซับซ้อน ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก และออสเตรเลีย (Jaarsma, Cameron, Riegel, & Stromberg, 2017) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำอาจเกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาที่เฉพาะทางซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tankumpuan, Asano, Koirala, Dennison-Himmelfarb, Sindhu, & Davidson, 2019) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีความสำคัญ

ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันและมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดปัญหา และยังมีศักยภาพในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุผลลัพธ์ของการรักษา ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินรักษาและสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งด้านข้อมูลและทักษะการดูแลอื่นๆที่จำเป็น (Lee, Piette, Heisler, Janevic, Langa & Rosland, 2018) ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนผู้ป่วยคือผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเองเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al., 2016) สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย สมาคมโรคหัวใจทั่วโลกกระตุ้นให้ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความรู้ร่วมกับสหวิชาชีพ (McDonagh, Metra, Adamo, Gardner, Baumbach, Böhm, et al., 2021; Heidenreich, Bozkurt, Aguilar, Allen, Byun, Colvin, et al., 2022) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมโดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมใน

ประเทศไทยยังมีน้อยและศึกษาผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น ศึกษาผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาและการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดโดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมพบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Nawinprasert, Soivong & Boonchuang, 2015) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีผู้ดูแลเข้าร่วมในโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rerkluenrit & Wonnabong, 2014) จากการทบทวนพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งทดลอง มีเพียงการวิจัยหนึ่งเรื่องโดย Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และติดตามทางโทรศัพท์ แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังมีข้อจำกัด เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือทั่วไปที่ยังไม่เฉพาะเจาะจง การศึกษาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงยังเป็นเรื่องที่บุคลากรสุขภาพยังต้องให้ความสำคัญ และลักษณะของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวยังไม่ชัดเจน การวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

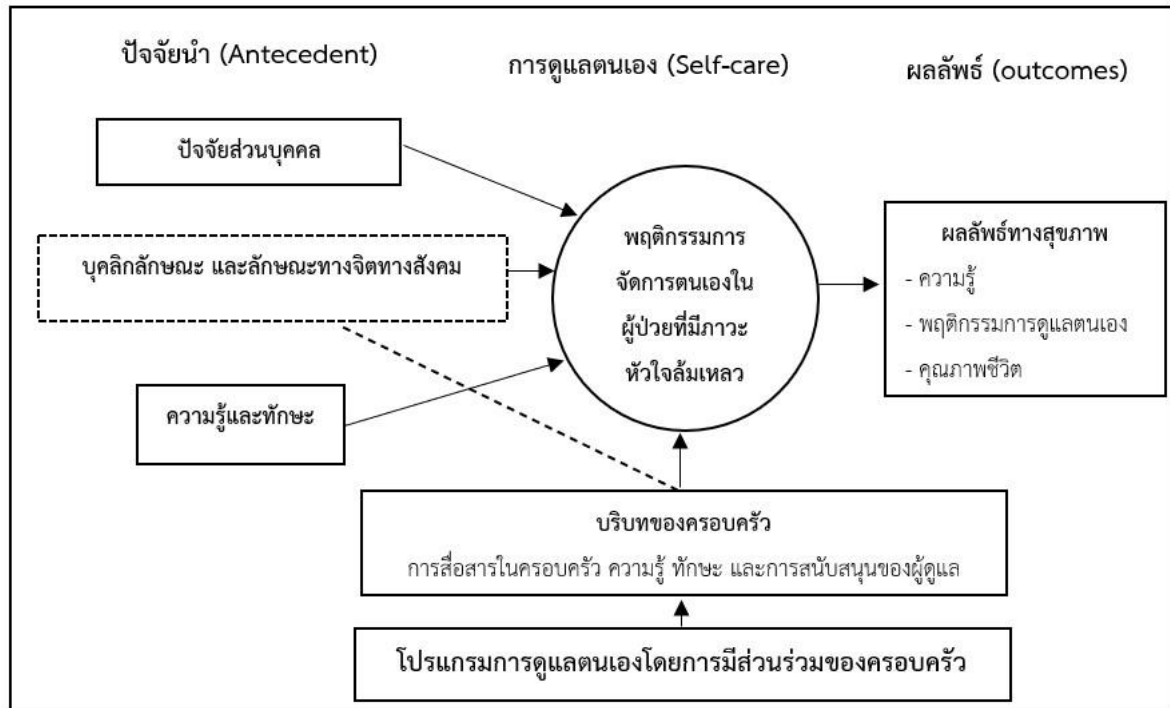
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Partner Intervention) ของแสตมป์และคณะ (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al, 2016) ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนก่อนและหลัง (The Two Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่เป็นระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และผู้ดูแลหลัก กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลวิจัยได้ มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ NYHA ระดับที่ IV สำหรับเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย คือมีอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ Power Analysis ด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับสถิติการทดสอบที่ (Independent t-test) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ค่าขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.72 จากการศึกษาของหน้าของ Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 50 คน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ (Lost Follow-Up) โดยไม่ได้ให้เหตุผลจำนวน 1 คน คงเหลือ 49 คน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการจำนวน 3 คน เนื่องจากไม่สะดวก คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 47 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สำหรับผู้ป่วยคือ เป็นผู้บรรลุนิติภาวะโดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) (Fisher, 1972) ระดับที่ I-III มีอุปกรณ์ที่สามารถเปิดดูวิดีโอได้ และสามารถติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สำหรับผู้ดูแลต้องเป็นผู้หลักในการดูแลผู้ป่วยที่มีอายุอย่างน้อย 20 ปีอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยสามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลรายคู่ โดยผู้วิจัยประเมินระดับความรู้ความสามารถ ความเข้าใจของผู้ดูแลก่อนให้คำปรึกษารายคู่ใช้เวลาประมาณ 15-45 นาที โดยเนื้อหาในการให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น วิธีการสังเกตอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมกดบวม การชั่งน้ำหนัก การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยา การจำกัดน้ำดื่ม อาการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

1.2 วิดีโอการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีลักษณะเป็นหนังสือมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแสดงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะเริ่มต้นของวิดีโอผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง แต่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากดูแลตนเองและจากความช่วยเหลือทั้งด้านการดูแลตนเองและการให้กำลังใจของครอบครัวจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ความยาวของวิดีโอประมาณ 20 นาที ถูกพัฒนาขึ้นโดยบริษัท โนวาติส ประเทศไทย

1.3 คู่มือการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ตัวอักษรที่มีขนาดเหมาะกับผู้อ่าน แบ่งเป็นส่วน ๆ โดยใช้สีที่แตกต่างกัน ประกอบด้วยเนื้อหาต่างๆ ได้แก่ สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังตนเอง ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและผลข้างเคียง อาการที่ต้องมาพบแพทย์ซึ่งแบ่งเป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดงตามความรุนแรงของโรค แบบบันทึกการชั่งน้ำหนักและการสังเกตตนเอง

โปรแกรมในการศึกษานี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทครอบครัว (Family Partner Intervention) ของแสตมป์และคณะ (Stamp, Dunbar, Clark, Reilly, Gary, Higgins, et al., 2016) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่การให้คำปรึกษารายคู่ หลังจากประเมินความต้องการในการรับทราบข้อมูลแล้ว มีการให้คำปรึกษาผู้ดูแลและหรือสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยผู้ป่วยในการเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ ในส่วนของวิดีโอ ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวได้รู้ร่วมกันมีการนำเสนอประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลที่มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งคู่มือการดูแลตนเองมีส่วนที่เป็นบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการช่วยผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การช่วยสังเกตอาการ การช่วยผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลตัวผู้ดูแลเองหากมีภาวะเครียดหรือมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประโยคหรือคำที่เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลซึ่งเป็นการส่งเสริมการสื่อสารในทางบวกระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยความสามารถในการทำกิจกรรม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว (The Dutch of Heart Failure Knowledge Scale: DHFKS) เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย แวน เดอ วอล และคณะ (Van Der Wal, Jaarsma, Moser, & Van Veldhuisen, 2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศรีสุข แจน คาเมรอน จันทาล เอฟ. สก๊อต และเดวิด อาร์. ทอมสัน (Srisuk, Cameron, Ski & Thompson, 2017) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว (การรับประทานยา และการจำกัดน้ำ) และอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3

ตัวเลือก หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะได้ศูนย์คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81

3. แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพัฒนาโดย บาบารา รีเกลและคณะ (Riegel, Carlson, Moser, Sebern, Hicks, & Roland, 2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร บาบารา รีเกล และแสงอรุณ อิศระมาลัย (Suwanno, Petpichetchian, Riegel, & Issaramalai, 2009) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Self-Care Maintenance) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self-Care Management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) ลักษณะคำตอบเป็น Likert Scale 4 ระดับ มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .78

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLWHF) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย Heo, Moser, Riegel, Hall, & Christman (2005) แปลเป็นภาษาไทย Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านคือด้านร่างกาย (Physical) และด้านจิตใจ (Mental) ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert Scale 6 ระดับจาก 0-5 คะแนนจาก 0-105 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .78

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม พยาบาล และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม เนื้อหา ภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน แบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้ามี่ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .83 และ .87 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจประสาทสัมพันธ์โครงการวิจัยและรายละเอียดแก่กลุ่มประชากร ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม พยาบาลชี้แจงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการทางวาจาอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ หมายเลขการสุ่มจากระบบคอมพิวเตอร์ ในอัตรา 1:1 ต่อ 1 บล็อก ซึ่งประกอบด้วย 10 ตัวเลขต่อ 1 Block ตัวเลขที่ระบุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มให้อยู่กลุ่มควบคุมหรือทดลองถูกปิดผนึกในซอง นักวิจัยเปิดซองจดหมายที่ระบุกลุ่มหลังเก็บข้อมูลก่อนการวิจัย การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบตัวต่อตัว ดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรม ข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถสอบถามได้จะถูกรวบรวมจากทะเบียนผู้ป่วย ผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจะเป็นนักวิจัยเพียงคนเดียว กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันเดียวกันจะมีทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

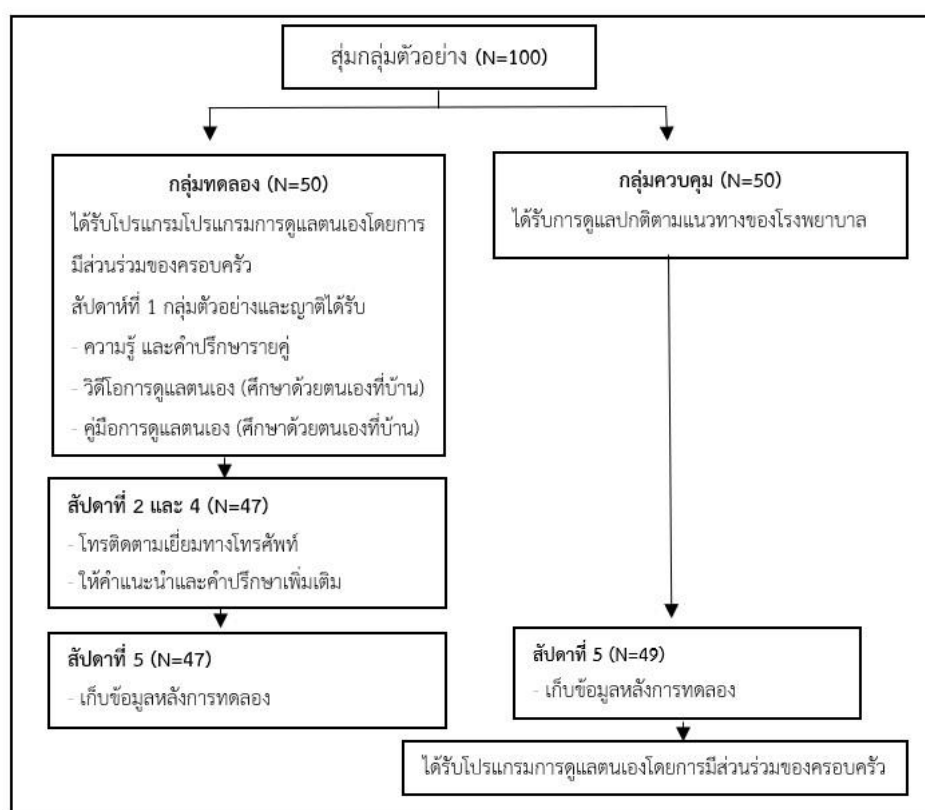
ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยกลุ่มทดลองจะถูกเชิญมาเข้าร่วมโปรแกรมในห้องสอนสุขศึกษาที่ละรายภายหลังจากการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

โรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้และทักษะ โดยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ชี้แจงรายละเอียดการใช้งานวิดีโอและคู่มือการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-45 นาที หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับวิดีโอและคู่มือการดูแลตนเองไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมกับแบบบันทึกการศึกษา สัปดาห์ที่ 2 และ 4 โทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การพบแพทย์ตามนัด พยาบาลให้คำแนะนำทั่วไป และรับยาต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาสัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 แสดงการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลทำการทดสอบการกระจายแบบปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU 2019_038 วันที่ 6 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 56.31 ($SD=13.54$) ปี เป็นเพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51 และ 49 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54) ประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 23 โดยเฉลี่ยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ($SD=16.68$) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเฉลี่ย 50.34 ($SD=13.01$) และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA Functional Class II

จากการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเฉลี่ยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.5$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ One tail Paired t-test

Variables	Control Group		<i>t</i>	<i>p-value</i>	Intervention Group		<i>T</i>	<i>p-value</i>
	Baseline Mean (<i>SD</i>)	Week5 Mean (<i>SD</i>)			Baseline mean (<i>SD</i>)	Week5 mean (<i>SD</i>)		
DHFKS	8.22 (2.93)	9.02 (3.11)	-2.31	0.025	7.57 (2.53)	10.87 (2.40)	-9.00	<.001
SCmaint	25.36 (18.57)	40.76 (12.46)	-6.08	<.001	22.05 (17.04)	38.63 (14.60)	-7.82	<.001
SCmanag	35.27 (14.21)	40.13 (11.78)	-2.39	0.021	32.21 (11.67)	39.10 (9.41)	-4.71	<.001
SCcon	22.22 (15.25)	31.34 (12.85)	-4.60	<.001	22.56 (13.59)	34.14 (11.90)	-7.28	<.001
QOL	50.00 (12.15)	53.25 (9.24)	-1.25	0.217	50.63 (12.87)	50.45 (10.26)	0.07	0.946
QOLphy	19.75 (5.01)	19.40 (4.52)	0.31	0.753	19.40 (5.63)	19.08 (4.39)	0.29	0.770
QOLment	11.69 (4.26)	13.18 (2.69)	-1.88	0.065	12.85 (4.52)	11.80 (3.14)	1.20	0.201

Abbreviations: HFKS (Heart Failure Knowledge Scale), SCmaint (Self-Care Maintenance), SCmanag (Self-Care Management), SCcon (Self-Care Confidence), QOL (Quality of Life), QOLphy (Quality of Life Physical Dimension), QOLment (Quality of Life Mental Dimension)

จากตาราง 1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ แต่คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างนัยสำคัญทางสถิติ $p>0.05$

3. เปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ One tail Independent t-test

Variables	Baseline, M (SD)		t	p-value (1-Tailed)	Week 5, M (SD)		t	p-value (1-Tailed)
	Control Group	Intervention Group			Control Group	Intervention Group		
DHFKS	8.22 (2.93)	7.57 (2.53)	1.33	0.045	9.02 (3.11)	10.87 (2.40)	-3.25	0.007
SCmaint	25.36 (18.57)	22.05 (17.04)	1.12	0.234	40.76 (12.46)	38.63 (14.60)	-2.35	0.013
SCmanag	35.27 (14.21)	32.21 (11.67)	1.55	0.099	40.13 (11.78)	39.10 (9.41)	0.47	0.146
SCcon	22.22 (15.25)	22.56 (13.59)	0.35	0.685	31.34 (12.85)	34.14 (11.90)	-1.09	0.002
QOL	50.00 (12.15)	50.63 (12.87)	- 0.47	0.583	53.25 (9.24)	50.45 (10.26)	1.53	0.438
QOLphy	19.75 (5.01)	19.40 (5.63)	0.09	0.409	19.40 (4.52)	19.08 (4.39)	0.36	0.688
QOLment	11.69 (4.26)	12.85 (4.52)	- 1.41	0.901	13.18 (2.69)	11.80 (3.14)	2.31	0.105

Abbreviations: HFKS (Heart Failure Knowledge Scale), SCmaint (Self-Care Maintenance), SCmanag (Self-Care Management), SCcon (Self-Care Confidence), QOL (Quality of Life), QOLphy (Quality of Life Physical Dimension), QOLment (Quality of Life Mental dimension)

จากตาราง 2 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson (2017) พบว่าการสนับสนุนความรู้ให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมด้วย สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยและญาติได้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับการศึกษาที่ตีพิมพ์ในประเทศไทยพบว่าการสนับสนุนหรือให้ความรู้ถูกใช้มาเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งความรู้เป็นเสมือนตัวกลางนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Khitka, Sittisombut & Chaiard, 2017) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจากการให้คำปรึกษาและโดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือการดูแลตนเอง วิดีโอ รวมทั้งการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ศึกษาด้วยตนเอง จึงพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันแต่น้อยกว่าในกลุ่มทดลอง อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในการควบคุมครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมาแล้วโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี ร่วมกับในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูล

ต่างๆ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถหาข้อมูลความรู้ได้ด้วยตนเองหรือโดยการได้รับคำแนะนำจึงทำให้สามารถมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นได้

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Self-Care Maintenance) และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการจัดการอาการภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care Management) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม สอดคล้องการศึกษาของ Buck และคณะพบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยมีคู่มือรสนสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Buck, Stromberg, Chung, Donovan, Harkness, Howard, et al., 2018) เช่นเดียวกับผลการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งตีพิมพ์ในประเทศไทยโดย Khitka, Sittisombut & Chairard (2017) รายงานว่าการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก สังเกตอาการบวม การรับประทานอาหารลดเค็ม ไม่ดื่มรับประทานยา การไปตรวจตามนัด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินอาการแสดงที่สำคัญบางอย่างได้ เป็นต้น (Durante, Paturzo, Mottola, Alvaro, Vaughan Dickson, & Vellone, 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ในการให้คำปรึกษา คู่มือการดูแลตนเอง และวิดีโอได้สนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแล และเป็นไปตามสมมติฐานทฤษฎีกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทครอบครัว (Family Partner Intervention)

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญที่สุด คือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน (ร่างกายและจิตใจ) ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ผ่านมาพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังไม่สามารถยืนยันผลที่แน่นอนได้ (Son, Choi, & Lee, 2020) แต่ผลการวิเคราะห์ทอิกมานของ Wakefield, Boren, Groves, & Conn (2013) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพฤติกรรม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Terdsudthirapoom, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้

การวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี้นับว่าสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงไว้ซึ่งสุขภาพและด้านความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากของการวิจัยนี้มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ NYHA Functional Class II จึงอาจต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับอื่น นอกจากโปรแกรมยังไม่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเพียง 5 สัปดาห์ ไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวแต่มีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกอายุรกรรมทั่วไป และในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในระยะเวลาของโปรแกรมที่นานขึ้น เช่น 3, 6 ถึง 12 เดือน โดยมีการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ และวัดผลลัพธ์เรื่องการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรืออัตราการเสียชีวิต

References

- Buck, H. G., Stromberg, A., Chung, M. L., Donovan, K. A., Harkness, K., Howard, A. M., et al. (2018). A Systematic Review of Heart Failure Dyadic Self-Care Interventions Focusing on Intervention Components, Contexts, and Outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 77(2), 232-242.
- Danielsen, R., Thorgeirsson, G., Einarsson, H., Ólafsson, Ö., Aspelund, T., Harris, T. B., et al. (2017). Prevalence of Heart Failure in the Elderly and Future Projections: The AGES-Reykjavik Study. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 51(4), 183-189.
- Dokainish, H., Teo, K., Zhu, J., Roy, A., AlHabib, K. F., ElSayed, A., et al. (2016). Heart Failure in Africa, Asia, the Middle East and South America: the INTER-CHF Study. *International Journal of Cardiology*, 204, 133-141.
- Durante, A., Paturzo, M., Mottola, A., Alvaro, R., Vaughan Dickson, V. & Vellone, E. (2019). Caregiver Contribution to Self-Care in Patients with Heart Failure: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(2), E28-E35.
- Fisher, J. D. (1972). New York Heart Association Classification. *Archives of Internal Medicine*, 129(5), 836-836. doi:10.1001/archinte.1972.00320050160023
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., et al. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17), 1757-1780.
- Heo, S., Moser, D. K., Riegel, B., Hall, L. A. & Christman, N. (2005). Testing the Psychometric Properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Nursing Research*, 54(4), 265-272.
- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B. & Stromberg, A. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: A Literature Update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77.
- Janwanishstaporn, S., Karaketklang, K. & Kittayaphong, R. (2022). National Trend in Heart Failure Hospitalization and Outcome Under Public Health Insurance System in Thailand 2008–2013. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 1-12.
- Ketilsdottir, A., Ingadottir, B. & Jaarsma, T. (2019). Self-Reported Health and Quality of Life Outcomes of Heart Failure Patients in the Aftermath of a National Economic Crisis: A Cross-Sectional Study. *European Society of Cardiology Heart Failure*, 6(1), 111-121.

- Khitka, P., Sittisombut, S. & Chaiard, J. (2017). Interventions for Promoting Self-Care Behaviors among Persons with Heart Failure: A Systematic Review. *Nursing Journal*, 44(4), 71-79. (in Thai)
- Kingkaew, N. & Antadech, T. (2019). Cardiovascular Risk Factors and 10-Year CV Risk Scores in Adults Aged 30-70 Years Old in Amnat Charoen Province, Thailand. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 24(04), 1-10.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C. & Sloan, R. (2008). A Causal Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients with Heart-Failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-260.
- Lee, A. A., Piette, J. D., Heisler, M., Janevic, M. R., Langa, K. M. & Rosland, A.-M. (2017). Family Members' Experiences Supporting Adults with Chronic Illness: A National Survey. *Families, Systems, & Health*, 35(4), 463-473. <https://doi.org/10.1037/fsh0000293>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: Developed by the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the Special Contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
- Nawinprasert, K., Soivong, P. & Boonchuang, P. (2015). Effects of the Self-Efficacy and Social Support Enhancement Program on Adherence to Therapeutic Regimens and Revisiting to Hospital among Persons with Heart Failure. *Nursing Journal*, 42 (Supplement), 11-23. (in Thai)
- Rerkluenrit, J. & Wonnaphong, S. (2014). Development of a Self-Care Programme for Heart Failure Patients in Nakhonnayok Province: A participatory Action Research Project. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 64-77. (in Thai)
- Rice, H., Say, R. & Betihavas, V. (2018). The Effect of Nurse-Led Education on Hospitalisation, Readmission, Quality of Life and Cost in Adults with Heart Failure. A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 363-374.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D. & Roland, V. (2004). Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-360.
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235.
- Son, Y. J., Choi, J. & Lee, H. J. (2020). Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6559.
- Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C. F. & Thompson, D. R. (2017). Randomized Controlled Trial of Family-Based Education for Patients with Heart Failure and Their Carers. *Journal of Advance Nursing*, 73(4), 857-870.
- Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., et al. (2016). Family Partner Intervention Influences Self-Care Confidence and Treatment Self-Regulation in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5) 317-327.
- Suetrong, A. & Choowattanapakorn, T. (2016). Factors Predicting Quality of Life in Older Persons with Heart Failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 58-69. (in Thai)
- Suwanno, J., Petpichetchian, W., Riegel, B., & Issaramalai, S. A. (2009). A Model Predicting Health Status of Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 118-126.

- Tankumpuan, T., Asano, R., Koirala, B., Dennison-Himmelfarb, C., Sindhu, S., & Davidson, P. M. (2019). Heart Failure and Social Determinants of Health in Thailand: An Integrative Review. *Heliyon*, 5(5), e016.
- Terdsudthirapoom, P. (2015). The Effects of Self-Care Promoting Program on Self-Care Behaviors and Quality of Life among Patients with Heart Failure in Prachuapkhirikhan Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 2-14. (in Thai)
- Van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 273-277.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., et al. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics 2021 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254-e743.
- Wakefield, B. J., Boren, S. A., Groves, P. S., & Conn, V. S. (2013). Heart Failure Care Management Programs: A Review of Study Interventions and Meta-Analysis of Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 8-19.
- Zhao, Q., Chen, C., Zhang, J., Ye, Y., & Fan, X. (2020). Effects of Self-Management Interventions on Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 1-11.

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด
ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงในยุคความปกติใหม่

Working Experiences of Generation Z Nurse under Supervision of Nurse Preceptors
in the New Normal Era

นงา งามเหมาะ^{1*}, อัจฉริยา ปุนนา¹, กมลเนตร เต่งรัง¹, สุจิตรา มุกดาสนิท¹
Nada Ngammoh^{1*}, Achariya Punna¹, Kamolnate Tengran¹, Sujitra Mookdasanit¹
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา^{1*}
Somdet Phra Boromrajatewi Na Sriracha Hospital^{1*}

(Received: June 17, 2022; Revised: October 15, 2022; Accepted: November 17, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ตามมุมมองของพยาบาลรุ่นแซด โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของไฮเด็กเกอร์ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลรุ่นแซดที่มีวันเดือนปีเกิดตามบัตรประชาชนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 – 2555 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลเต็มเวลา อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ราย โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเทป การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของแวน มาเนน ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ตามมุมมองของพยาบาลรุ่นแซด ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เผชิญกับบรรยากาศใหม่ในชีวิต 2) เผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงาน 3) เผชิญกับความไม่สมดุลของชีวิตการทำงาน 4) ต้องการการสนับสนุน 5) ต้องการพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพ และ 6) ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล: ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลรุ่นแซดให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาตนเอง ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี และโอกาสในการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะวิชาชีพ เพื่อดึงดูดและรักษาพยาบาลรุ่นแซดไว้กับองค์กร

คำสำคัญ: พยาบาลรุ่นแซด, พยาบาลพี่เลี้ยง, ยุคความปกติใหม่, การวิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: tukkatan@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5238272)

Abstract

This qualitative research aimed to describe the working experiences of generation Z nurses under the supervision of nurse preceptors in the new normal according to the perspective of generation Z nurses by using a qualitative research methodology in the Heidegger's hermeneutic phenomenology. The 12 informants were professional nurses with a date of birth according to the ID card from B.E. 1997 - 2012 and at least one year of full-time nursing experience by purposive sampling. The data were collected through in-depth interviews, tape recording, observation, and field notes. All content was analyzed based on Van Manen's method. The results showed six main perspectives: 1) new storm in life, 2) workplace violence, 3) work-life imbalance, 4) need for support, 5) need high-quality preceptor, and 6) need for continuous development.

Nursing utilization: The results of this study indicated that generation Z nurses concerned about the quality of life and self-development. Nursing administration should promote and establish a good quality of life and learning opportunities for professional skills development to attract and retain generation Z nurses.

Keywords: Generation Z Nurses, Nurse Preceptors, New Normal Era, Qualitative Research

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปีพ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคมพ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปหลายประเทศอย่างกว้างขวางทั่วโลก (World Health Organization, 2020) จนทำให้โลกเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่รูปแบบการดำเนินชีวิตของมนุษย์แปรเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมใหม่ ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย มีการเว้นระยะห่างทางสังคม และมีมาตรการการควบคุมและป้องกันการระบาดอย่างเคร่งครัด สิ่งเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบทั่วโลกแล้วยังส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลรุ่นแซต เพราะการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยที่ผ่านมาเป็นการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยใช้การเรียนการสอนแบบออนไลน์ สำหรับวิชาภาคปฏิบัติที่อยู่ในช่วงของการระบาดหนัก แหล่งฝึกมีความจำเป็นต้องจำกัดคนเข้าออกโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติได้ครบถ้วน ทำให้นักศึกษาพยาบาลรุ่นแซตผ่านการฝึกทักษะกับผู้ปวยค่อนข้างน้อย เมื่อจบการศึกษาทำให้ขาดทักษะเชิงวิชาชีพที่จำเป็น

พยาบาลรุ่นแซตเป็นบุคลากรทางการพยาบาลรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540-2555 (Dimock, 2018) เมื่อสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจึงถือว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มตัว การเข้ามาทำงานถือเป็นช่วงหนึ่งของการปรับตัวในวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากต้องเรียนรู้วิธีการทำงานและร่วมงานใหม่ การที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานและขาดทักษะทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดได้ (Kaihlainen, Elovainio, Haavisto, Salminen, & Sinervo, 2020; Woo & Newman, 2020) ในขณะเดียวกันสถานพยาบาลคาดหวังว่าพยาบาลระดับฝึกหัดเหล่านี้จะมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถทำงานได้หลังจากที่สำเร็จการศึกษาแล้ว (Woo & Newman, 2020) เพราะได้เรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตถึง 4 ปี แต่ในความเป็นจริงพบว่าหลังจากเรียนจบมา 1-3 ปี พยาบาลจบใหม่ยังขาดประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล และไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้ (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2009; Hezaveh, Rafii, & Seyedfatemi, 2014) ข้อจำกัดของความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เครียดกับงาน ไม่มั่นใจในการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ (Kuewong & Oumtane, 2017) เป็นต้น

สำหรับพยาบาลรุ่นแซด ในยุคความปกติใหม่ ยังมีข้อมูลจากงานวิจัยค่อนข้างน้อยว่าพยาบาลกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาและปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานจากการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลอย่างไร พยาบาลรุ่นแซดเมื่อเกิดปัญหาในการทำงาน จะขาดทักษะการแก้ไขปัญหา ขาดการตระหนักคิด และการตัดสินใจที่เหมาะสม (Bejtkovský, 2016; Bencsik, Horváth-Csikós, & Juhász, 2016; Singh & Dangmei, 2016) มีความอดทนต่ำ เปื่อง่าย โดยเฉพาะงานที่มีความจำเริญไม่มีความท้าทาย จึงทำให้มีความตั้งใจที่จะลาออกจากงานสูงกว่าคนรุ่นอายุอื่น รวมทั้งไม่ชอบการรอคอย ต้องการเห็นผลลัพธ์ทันที และขาดทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี (Stillman & Stillman, 2017) เมื่อเข้าไปปฏิบัติงานในทีมการพยาบาล พยาบาลรุ่นแซดนี้จะขาดทักษะการสื่อสารแบบเผชิญหน้า และขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีความมั่นใจในตนเองสูง ถึงแม้เรียนรู้และทำงานได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังคงขาดความรอบคอบ (Chicca & Shellenbarger, 2018a; Christensen, Wilson, & Edelman, 2018; Goh & Lee, 2018; Shellenbarger & Chicca, 2019; Smith-Trudeau, 2016) นอกจากนี้พยาบาลรุ่นแซดยังมีคุณลักษณะบางประการที่อาจเป็นข้อจำกัดในการบริหารงาน หรือส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ มีความมั่นใจในตนเองสูง ทำให้ยึดความคิดของตนเองเป็นหลัก ขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจตามมา หรือไม่คำนึงถึงความอาวุโส (Bell, 2013) ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจทางคลินิก ในกรณีที่ยังมีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการได้ พยาบาลกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาล ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า หรือพยาบาลพี่เลี้ยง

พยาบาลพี่เลี้ยง (Nurse Preceptors) ส่วนใหญ่อยู่ในรุ่นวายและเอ็กซ์ เป็นผู้สอนงานพยาบาลรุ่นแซดซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกและทักษะทางการพยาบาลค่อนข้างน้อย ยังต้องมีการพัฒนาและกำกับดูแลภายใต้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า เพื่อให้พยาบาลกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kuewong & Oumtane, 2017; Singh & Dangmei, 2016) ซึ่งพยาบาลทั้ง 3 รุ่นนี้มีการแสดงพฤติกรรมการทำงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาในงานที่แตกต่างกัน เนื่องจากคุณลักษณะ บุคลิกภาพ ทักษะคิด ค่านิยม รูปแบบและพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกัน โดยคนรุ่นเอ็กซ์เป็นผู้มีความอดทน เชื้อมั่นในตนเองสูง กล้าคิด กล้าทำ ข้อเสียคือมั่นใจในตนเองจนเกินไป และปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก คนรุ่นวายเป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ มีความกระตือรือร้น ชอบทำงานเป็นทีม ข้อเสียคือไม่มีความอดทน ทั้ง 2 รุ่นนี้ เมื่อต้องเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลรุ่นแซด ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี พัฒนาและเรียนรู้ได้เร็ว แต่มีข้อเสียคือขี้เกียจ เปื่อง่าย (Bejtkovský, 2016; Bell, 2013) พยาบาลรุ่นแซดเหล่านี้จะมีประสบการณ์อย่างไร ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงรุ่นวาย และเอ็กซ์ ที่ยังไม่สามารถอธิบายถึงลักษณะการทำงาน ปัญหา อุปสรรค และสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงกับพยาบาลรุ่นแซดได้อย่างชัดเจน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ซึ่งเป็นพยาบาลกลุ่มใหม่ที่เข้ามาสู่วิชาชีพพยาบาล โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการค้นหาความจริงจากบุคคลที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจพยาบาลรุ่นแซดให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้ถือว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญสำหรับการดำเนินพันธกิจขององค์กร ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตใหม่ ทั้งยังเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถในการบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนาระบบการเรียนการสอนของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ตามมุมมองของพยาบาลรุ่นแซด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger (1962) เน้นการตีความหมายของประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ เชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (Being) เวลา (Timing) มีความหมายในตนเอง (Meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ ภาษามีความสำคัญมากในการตีความ และผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของพยาบาลรุ่นแซด ผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้ การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความเชื่อว่าบุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษา โดยพยาบาลรุ่นแซดแต่ละคนจะมีความรู้สึนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคน ที่อาจแตกต่างจากคนอื่น ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ถือว่าเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย และได้รับมอบหมายให้ดูแลพยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มีประสบการณ์น้อย ที่ยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยเข้าใจภาษา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ในบริบทของพยาบาลรุ่นแซด ถึงแม้ว่าจะเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลมาไม่กี่ปีก่อน การจบมาทำงานใหม่ในทุกส่วนใหญ่มักรู้ยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยดูแลในทุกกระบวนการตั้งแต่เริ่มเข้าทำงาน จนกว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง แต่ในยุคความปกติใหม่นี้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต ระบบการศึกษาที่แตกต่างจากเดิม การต้องรีบให้พยาบาลจบใหม่ปฏิบัติงานให้เร็วที่สุดเพื่อทดแทนบุคลากรที่ลาออกเนื่องจากขาดอัตรากำลัง ที่ผ่านมามีปัญหาหลายประการ ซึ่งแต่ละคนจะแสดงออกมาจากการรับรู้และประสบการณ์ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อมุมมอง ความคิดและความเข้าใจต่อพยาบาลรุ่นแซดในบริบทนั้นๆ อย่างไรก็ตามการสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรงจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงประสบการณ์ที่เป็นคำบอกเล่าของพยาบาลรุ่นแซด ที่อยู่ในเหตุการณ์จริง ซึ่งอาจเหมือน หรือมีความแตกต่างจากที่เคยรู้มาก่อน ร่วมกับนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของคนรุ่นอายุแซด ซึ่งมีทักษะด้านเทคโนโลยีที่สูง (Iorgulescu, 2016) จัดการเรื่องซับซ้อนเก่ง กล้าทดลอง คิดนอกกรอบ เป็นนักคิดและลงมือทำ ชอบความอิสระ ความเป็นตัวเองสูง รู้จักตั้งคำถาม พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งใหม่ เป็นคนที่เปิดกว้างทางความคิด สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี ให้ความสำคัญกับความมั่นคง สุขทางใจ และครอบครัว (Christensen, Wilson, & Edelman, 2018) มาใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับแนวทางในการสัมภาษณ์และปรับเปลี่ยนข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ พยาบาลรุ่นแซด ที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 12 ราย (Krueger & Casey, 2009) โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวันเดือนปีเกิดตามบัตรประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2555 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลเต็มเวลา อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 3) เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 และ 4) ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ และเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ได้เตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเนื้อหาความรู้ โดยมีเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิด เช่น ช่วยเล่าเกี่ยวกับการทำงานที่มีพยาบาลที่เลี้ยงคอยดูแลให้ฟังหน่อยว่าเป็นอย่างไรบ้าง รู้สึกอย่างไรกับการทำงานในยุคความปกติใหม่ เพราะอะไรจึงรู้สึกแบบนั้น (หากรู้สึกทางลบจะถามต่อว่า มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกแบบนั้น แล้วแก้ไขสถานการณ์อย่างไร หากรู้สึกทางบวก จะถามต่อถึงความประทับใจที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น) เป็นต้น 3) แบบบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกรายละเอียดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ เช่น สิ่งแวดล้อมบรรยากาศของการสัมภาษณ์ อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ รวมถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย และการวางแผนการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป เพื่อนำข้อมูลมาประกอบให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ ที่ศึกษาเพิ่มมากขึ้น 4) เครื่องบันทึกเสียง 5) แบบบันทึกการถอดความเพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการถอดความแบบคำต่อคำ และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 12 กรกฎาคม 2564-27 ธันวาคม 2564 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบหน้าต่อหน้ารายละ 1-2 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที และโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายที่ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ในบางประเด็น 1-2 ครั้งๆ ละไม่เกิน 20 นาที พร้อมบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถามย้ำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะ การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัส เพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามขั้นตอนของ Van Manen (1990) ได้แก่ การค้นหาประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลในการทำงานภายใต้การดูแลของพยาบาลที่เลี้ยง โดยทำการอ่านข้อมูลจากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ทั้งหมดหลายๆ ครั้ง เพื่อคัดเลือกประเด็นสำคัญที่ตรงกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา นำประเด็นที่ได้มาแยกเป็นหมวดหมู่วิเคราะห์ข้อมูล แล้วร้อยเรียงเป็นเรื่องราวเดียวกัน นำมาเขียนข้อสรุปประสบการณ์ พร้อมยกตัวอย่างประกอบสำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายทำการตรวจสอบ (Member Checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่มีการแก้ไขใด ๆ และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในการวิจัยเชิงคุณภาพทางพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 คน ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Debriefing) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ เลขที่ 023/2564 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย เป็นพยาบาลรุ่นแซตที่มีประสบการณ์ทำงานในระบบสุขภาพของประเทศไทยกว่า 1 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 23 - 24 ปี (เฉลี่ย 23.7 ปี) ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีสถานะโสด การศึกษาปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันการศึกษาของรัฐบาลร้อยละ 100 มีรายได้จากค่าจ้างในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในช่วง 27,000 - 41,000 บาท/เดือน (เฉลี่ย 31,319 บาท/เดือน) ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดพักในหอพักสวัสดิการของโรงพยาบาลจัดสรรให้ และมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นไปตามสิทธิของบุคลากร

2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซต ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซต ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก (Theme) ที่พยาบาลรุ่นแซตมองว่าตนเองได้ 1) เผชิญกับมรสุมลูกใหม่ในชีวิต 2) เผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงาน 3) เผชิญกับความไม่สมดุลของชีวิตการทำงาน 4) ต้องการการสนับสนุน 5) ต้องการพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพ และ 6) ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

เผชิญกับมรสุมลูกใหม่ในชีวิต (New Storm in Life)

สถานการณ์หรือเหตุการณ์ใหม่ที่ต้องเผชิญ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทุกข์ยากของชีวิตพยาบาลจบใหม่ ที่มีผลกระทบต่อจิตใจ การใช้ชีวิต อารมณ์ และความรู้สึก ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาคือ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความทุกข์ใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งการทำงานในช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมาของบุคลากรทาง การแพทย์ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลมีภาระงานที่หนัก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ต้องหมุนคนทุกภาคส่วนมาช่วยกันทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก การคัดกรอง การฉีดวัคซีน การขึ้นทำงานทดแทนบุคลากรที่มีการติดเชื้อ เป็นต้น พยาบาลรุ่นแซตที่เรียนปัสตท้ายไม่สามารถขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึกได้ครบถ้วน เนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดในช่วงแรกๆ โรงพยาบาลต้องเน้นความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา จึงต้องจำกัดจำนวนผู้ที่เข้าออกในแต่ละหน่วยงานของ โรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลให้ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย เมื่อจบมาทำงาน ทางหน่วยงานต้องรับมอบหมายงานให้ทำงานเนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ต้องทำงานภายใต้ข้อจำกัดของทักษะและความรู้ การเข้าสู่วิชาชีพอย่างเต็มตัวในช่วงสถานการณ์การระบาดนี้จะมีภาระงานที่หนัก ทำงานภายใต้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ มีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ต้องทิ้งระยะห่างทางสังคม ไม่ได้พบครอบครัว เป็นต้น จึงรู้สึกเหมือนชีวิตได้เผชิญกับมรสุมลูกใหม่ในชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การทำงานช่วงแรกค่อนข้างยาก ต้องแต่งตัว ต้องเปลี่ยนลักษณะงานที่ทำ ต้องดูแลคนไข้ทุกระยะ ทั้งหนักเบา ช่วงแรกคนไข้หนักค่อนข้างมากก็เครียดมาก ต้องเรียนรู้หน้างาน มีพี่จากไอซียูมาช่วยที่ตึก และมาสอนหน้างาน ต้องเรียนรู้งานแบบผู้ป่วยวิกฤต ทั้งๆ ที่ไม่ได้เรียนหรือรับการอบรมมา พอเปลี่ยนมาเป็นตึกโรคโควิด-19 ก็ต้องดูแลคนไข้แบบ Total Care (หมายถึง การพยาบาลเบ็ดเสร็จอย่างสมบูรณ์แบบ) และมีผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการหนักเกินกว่าจำนวนเตียงที่เคยกำหนดไว้ ก็ค่อนข้างเครียด ผู้ป่วยอายุรกรรมมีความแตกต่างจากผู้ป่วยศัลยกรรมที่การรักษาต้องใช้เวลาและความซับซ้อน รู้สึกว่าทำไมทุกอย่างต้องมาลงที่ตึกเรา ก็ไม่เข้าใจ ทำไม ไม่รู้เหตุผล รู้สึกไม่ชอบ แต่ก็ต้องยอมรับนโยบายตามสภาพที่เขามอบหมายมาให้ทำ การทำงานค่อนข้างเครียดด้วยการเปลี่ยนแปลงอยู่แล้ว และยังคงควบเวอร์เช้า ตึก บ่าย 2-3 ล็อค ต้องอยู่ในห้อง Cohort Ward (หมายถึง ห้องที่ใช้รองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19) ต้องนั่งเฝ้าคนไข้อาการหนัก 4 ชั่วโมง/เวร และจากการทำงานทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19

เผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงาน (Workplace Violence)

เป็นความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดจากการกระทำใดๆ ก็ตาม ที่เกิดขึ้นทางกายภาพ เป็นเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม ช่มชู้ ก่อแค้น ล่วงละเมิด หรือทำร้ายร่างกาย ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ที่ส่งผลต่อความปลอดภัย สวัสดิภาพ หรือความเป็นอยู่ และยังรวมถึงการคุกคามที่ส่งผลต่อจิตใจ มี 2 ประเด็นดังนี้

1. เกิดจากผู้รับบริการ (Customer) ความรุนแรงที่เกิดจากผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกาย หรือ การต่อว่าที่ทำร้ายจิตใจ กลุ่มคนที่ต้องรับความเสี่ยงก็คือ กลุ่มคนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และกลุ่มคนที่ทำงาน การบริการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผู้ป่วยบางคนไม่เข้าใจ ชอบมีคำถามว่าทำไม ทำไม หนูเคยโดนผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย หนูเลยรู้สึกว่านี้ เราช่วยคุณนะ ทำไมคุณถึงทำแบบนี้กับเรา แต่ในจุดนั้นเรารู้ว่าผู้ป่วย Aggressive (หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าว) ควบคุมตนเองไม่ได้ แต่เรารู้สึกว่ามันต้องขนาดนี้เลยหรือ แล้วมาตบเรา เราไปแทงน้ำเกลือให้ผู้ป่วยรับใหม่ เขาเริ่ม พุดไม่ดี ผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ไม่ได้รับยามา 2 สัปดาห์ ญาติไม่ได้ให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยขาดยา ควบคุมตนเองไม่ได้ จะลงเตียง หนูกับพี่ผู้ช่วยพยาบาลจะเอาผู้ป่วยขึ้นเตียง แต่เขาไม่ยอมขึ้น พอเขาเซ หนูเลยจับเขา ไว้ เขาหาว่าหนูผลัก เขาเลยตบ หนูประเมินสถานการณ์ต่ำไป ไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยจะทำ เลยไม่ได้คิดจะป้องกันตัวเอง หนู เจ็บและร้องไห้ พี่เลี้ยงเข้ามาปาลอบและช่วยคลี่คลายสถานการณ์ แต่ตอนนี้เวลาทำงานจะป้องกันตัวเองมากขึ้น”

2) เกิดจากคนทำงานด้วยกันเอง (Colleague) เกิดจากการถูกผู้ร่วมงานทำร้ายร่างกาย ดุ พุดจาไม่ดี มีการ ดำหนิต่อหน้าคนอื่น ทำให้บอภัยต่อคนหมู่มาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ส่วนใหญ่ก็เจอพี่ๆ อย่างวันก่อนพี่พยาบาลเอ (ชื่อสมมุติ) เค้าอารมณ์ไม่ดีเรื่องปวดข้อเท้า วันก่อนหนู อยู่ห้องศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ พี่เขาให้เตรียมของแล้วหนูเพิ่งอยู่ห้องนี้แค่ 3 อาทิตย์ หนูยังเตรียมไม่ได้ บาง เคสหนูไม่เคยเจอ จะมีพี่อีกคนชื่อบี (ชื่อสมมุติ) เค้ามาเตรียมของกับหนู แล้วพี่เขาเตรียมของผิดเลยโดนตำหนิไปด้วย พี่เขาถามว่าหนูทำอะไร หนูบอกว่าหนูไม่ได้ทำอะไร เขาบอกให้หนูอยู่เฉยๆ แล้วหนูก็โดนตีกัน ไม่ถามอะไรทั้งนั้น พี่ เอบอกไม่สอนแล้ววันนี้อารมณ์ไม่ดี หนูก็ยืนเฉยๆ หนูก็ไม่ทำอะไร หนูเล่าให้พี่เลี้ยงอีกคนฟังว่าหนูโดนพาดก้นไป 2 ที พี่เขาบอกว่าไม่ต้องคิดอะไรมาก แต่ว่าหนูไม่ได้ทำอะไรผิดทำไมต้องมาใส่อารมณ์ที่หนู พี่เอารู้อยู่แล้วว่าหนูไม่ได้เตรียม เหมือนพี่เขาโมโหคนอื่นแล้วมาลงที่หนู รู้สึกไม่ดีเลย”

เผชิญกับความไม่สมดุลของชีวิตการทำงาน (Work-Life Imbalance)

สถานการณ์ที่เกิดกับพยาบาลรุ่นแซด ในช่วงของการทำงานภายใต้การระบาดของโรคนี้ที่ชีวิตส่วนใหญ่ต้อง ทำแต่งงาน ทุกคนต้องช่วยกันขึ้นเวรทำงาน เพื่อต่อสู้กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น มีวันหยุดน้อย ต้องทำงานล่วงเวลา หรือ ทำงานในวันหยุด ใช้เวลากับการทำงานเป็นส่วนใหญ่ วันหยุดก็ไปไหนไม่ได้เพราะต้องทิ้งระยะห่างทางสังคม มีข้อ จำกัดของการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวและสังคม การใช้ชีวิตส่วนใหญ่คืออยู่ในโรงพยาบาล ไม่สามารถ บริหารจัดการเวลาชีวิตให้สมดุลกัน มี 2 ประเด็นดังนี้

1. หากจุดที่พอดีในชีวิตไม่ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละคน หากสิ่งที่ทำอยู่ยังไม่มีความสุข เช่น สัตส่วนของ การทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาส่วนตัว แสดงว่ายังหาจุดที่พอดีในชีวิตไม่ได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากย้ายตึก รู้สึกเราทำงานหนักกว่าเพื่อนตึกอื่นมาก เพื่อนลงเวรกันเร็ว แต่เราว่าจะได้ลงเวรในแต่ ละเวร ลงช้ามากๆ ต้องเก็บงานให้เสร็จ เวลาอยู่ Well Baby (หมายถึง หน่วยสุขภาพเด็กดี) ลงเวร 18.00 - 19.00 น. ลงเวรช้ามาก เคยรับใหม่ผู้ป่วย 16 เคส มีพยาบาล 2 คน ซึ่งเหนื่อยมากๆ หนูต้องทำงานรับเด็ก ตรวจร่างกาย ฉีด วัคซีน คัดกรองตัวเหลืองส่ง OPD เจาะเอ่อ เป็นต้น เวลาพักเที่ยงต้องรีบกินข้าว รีบขึ้นไปเคลียร์งาน ซึ่งเป็นแบบนี้ทุก เเวร ถ้าไม่ทำแบบนี้ก็ทำงานไม่ทัน ชีวิตส่วนตัวแทบไม่ได้พัก ไม่ได้ออกกำลังกาย ไปเที่ยว ไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำอยู่ อยากได้ชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวที่ลงตัวกว่านี้”

2. การทำงานที่หนักอย่างต่อเนื่อง พักไม่เพียงพอ เป็นการขึ้นเวรทำงานอย่างต่อเนื่อง รู้สึกหมดแรง อ่อนแรง เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับน้อยกว่าระยะเวลาที่ร่างกายควรได้พักผ่อน หรือนอนไม่เป็นเวลา ดังคำกล่าว ของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ความรู้สึกว่างานที่ทำตอนนี้หนักเกินไป มีการควงเวรเยอะ รู้สึกไม่ชอบการทำงานแบบนี้ เวลาที่ต้อง ควบเวร เคยควบ 3 ถัดต่อกัน ก็รู้สึกไม่ไหว แต่ก็ขึ้นทำงานได้ครบตามหน้าที่ รู้สึกตาลอย ความรู้สึกเหมือนตัวเองเป็น Zombie (หมายถึง ผิดับ) ถึงได้เงินเยอะแต่ก็ไม่คุ้มกับร่างกายที่ใช้ไป รู้สึกว่าพยาบาลทุกคนทำงานเกินค่าเวรกัน มาก ๆ เหนื่อยมาก มีท้อบ้าง เวลาควงเวรเยอะ การพักผ่อนไม่ค่อยโอเค จะนอนหลับไม่เป็นเวลา เหนื่อยล้า บางครั้ง

หลับไม่ลง ลงเวรก็ช้า เพราะภาระงานเยอะ รู้สึกอึดอัดที่ลงเวรเร็ว อยากได้คนเพิ่ม ไม่มีความสมดุลด้านชีวิตส่วนตัว อยากได้วันหยุดเพิ่มเพื่อพักผ่อนซ่อมร่างกาย ทำในสิ่งที่ชอบ ดูหนัง ออกกำลังกาย อยากให้โควิดน้อยลงเร็ว ๆ เพราะงานมันเหนื่อย หนัก ไม่ได้พักเลย เหมือนเราไม่ได้ผ่อนคลายเป็นเลย ช่วงนี้ขึ้นเวรกลับหอ ขึ้นเวรกลับหอ ไม่ได้ออกไปไหนเลย”

สิ่งที่พยาบาลรุ่นแซดต้องการ

ต้องการการสนับสนุน (Support)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เนื่องจากเพิ่งจบการศึกษาใหม่ ความรู้ประสบการณ์ยังไม่มากพอ การทำงานในช่วงแรกๆ มีความวิตกกังวล มีปัญหาที่ต้องคิด ต้องปรับตัวกับที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน ในมุมมองของพยาบาลรุ่นแซด มองว่าตนเองต้องการการสนับสนุน ดังนี้

1. ครอบครัว (Family) การรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือและการส่งเสริมที่ได้รับจากพ่อแม่หรือครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ให้ความสำคัญ ใส่ใจ สนใจ ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา มีการใช้เวลาและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน การให้คุณค่าและการให้ความรักจากพ่อแม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เคยมีรุ่นพี่ที่ติดต่อกับเราเรื่องทำงานไม่ดี พุดแรงๆ กับเรา เราก็มองดูว่าเขาก็กทำไม่ถูก ไม่ได้ดีไปกว่าเรานัก แต่มารู้ว่าเราทำไม ก็ไม่ชอบ ทำไมต้องว่ากันด้วย ก็โทรไปหาแม่ โทรไประบาย แต่ที่บ้านก็ปลอบใจ ให้เรามองว่าเป็นเรื่องตลก และให้กำลังใจ คิดว่าที่เราผ่านปัญหามาได้เพราะมีครอบครัวคอยสนับสนุน คอยช่วยเหลือ แม่สอนการใช้ชีวิต การทำตัวเองให้ดี พ่อกับแม่ให้คำปรึกษาได้ทุกเรื่อง เป็นดั่งเพื่อนที่คอยรับฟัง และให้กำลังใจ”

2. เพื่อนร่วมงาน (Colleague) การมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน มีความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“หนูเป็นคนทำงานช้าที่สุดใน 4 คนเลย เวลาหนูทำงานอยู่ แต่เพื่อนทำงานเสร็จแล้ว เพื่อนมักจะถามว่าเสร็จหรือยัง เขาเขียน Intervention (หมายถึงการเขียนบันทึกทางการพยาบาล) เติงนี้ให้แล้วนะ แกมาดูนะ เวลาไปเจาะเลือด เช่น Hemoculture (หมายถึงการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ) ซึ่งต้องเจาะ 2 ขวด เพื่อนมักจะมาช่วยและบอกว่าเจาะคนละขวดนะ ชอบเวลาได้ขึ้นเวรกับเพื่อน เพราะมีเพื่อนได้พูดคุยกัน”

3. กลุ่มทางสังคม (Social Group) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก การให้ข้อมูล ให้อาหารใจของ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ทุกวันนี้อาทิตย์หนึ่งจะต้องเข้าโบสถ์ ทำให้เราได้พักกับหลักคำสอน หนูเป็นคริสเตียนจะเฮฮา มีเพลงกระโดดโลดเต้นด้วย เป็นฝ่ายโปรแกรมฝ่ายโสตของโบสถ์ คุมโปรแกรมนำนมัสการ ทำกิจกรรม ร้องเพลงไม่เพราะเพี้ยนๆ แต่ก็ร้องคะ การเข้าโบสถ์เหมือนได้ไปเจอญาติพี่น้อง เขาเป็นอีกครอบครัวหนึ่งของเรา เป็นครอบครัวใหญ่ รู้จักกันทั้งหมด ได้พูดคุย ถามสารทุกข์สุกดิบกัน ได้นั่งกินข้าวด้วยกัน เป็นสิ่งที่ทำให้หนูมีพลังในการใช้ชีวิต”

ต้องการพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพ (High-Quality Preceptors)

พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และทักษะ ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือ สอน แนะนำและสนับสนุน เป็นแบบอย่างแก่พยาบาลจบใหม่ และยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาพยาบาลจบใหม่ โดยพยาบาลจบใหม่เรียนรู้การปฏิบัติงานแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่มีแรงกดดันร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงจะเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลจบใหม่ เพื่อลดความเครียดในการปฏิบัติงานและสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่มีการปรับตัวในการปฏิบัติงาน เกิดความกระตือรือร้นและความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ในมุมมองของพยาบาลรุ่นแซดต้องการพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีความรู้และทักษะ ดังนี้

1. การสอน (Coaching) ในการถ่ายทอดความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยวิธีที่เหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“รุ่นหนูเข้ามาทำงานมีพยาบาลจบใหม่ในตึกทั้งหมด 7 คน ช่วงแรกก็จะมีพี่เลี้ยงสอนงาน และทั้ง 7 คนก็จะขึ้นเวรพร้อมกัน ในช่วงแรกๆ น้อยๆ ก็ตามพี่ในเวร พอชักพักเพื่อนๆ ก็จะขึ้นเวรกระจายกันไป แต่ในความคิดหนูก็

รู้สึกว่าการที่เราเป็นพยาบาลจบใหม่และมีจำนวนเยอะทำให้มีพี่เลี้ยงไม่พอ เราไม่ได้ใกล้ชิดกับพี่ ทำให้เราต้องชวน ขวายความรู้อยู่ด้วยตนเองค่อนข้างเยอะ ส่วนใหญ่ก็จะเข้าไปถามพี่เขาเองมากกว่า“

“เวลาที่เลี้ยงสอนงาน ให้พี่ใจเย็นๆ กับน้อง น้องยังไม่มีประสบการณ์ในการลงมือปฏิบัติ อาจจะเข้าใจ ทฤษฎีบ้าง ค่อยๆ สอน บางกิจกรรมสอน 2-3 ครั้งน้องอาจจะจำไม่ได้เพราะไม่มีประสบการณ์ อาจจะยังไม่มี ความแม่นยำ อย่างน้อยให้พี่สอนทฤษฎี ทำให้ดู แล้วค่อยให้น้องทำ ฝึกจนกว่าจะมั่นใจ อยู่เคียงข้าง ค่อยๆ เสริมความมั่นใจ ให้น้อง”

2. การให้คำปรึกษา (Counseling) ทั้งปัญหาด้านวิชาการและปัญหาส่วนตัว เพื่อให้พยาบาลจบใหม่สามารถ ปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม การให้กำลังใจ เต็มใจรับฟัง และพร้อมที่จะช่วยเหลือ ซึ่งเป็นส่วน สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลจบใหม่รู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ ลดความกลัวและความกดดัน มีกำลังใจที่จะเรียนรู้ เกิดการ ยอมรับ มีความรักและความศรัทธาในวิชาชีพพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พี่เขาพูดจาดี ไม่หุ่ดหิด จะคอยให้คำปรึกษาในเรื่องงาน จะบอกเราว่าไม่ต้องเครียด ค่อยๆ ทำงาน ไป ไม่ต้องกดดันตัวเอง ทำให้เรารู้สึกดี ซึ่งพี่เขามีความแตกต่างจากพี่คนอื่นๆ ในตึก ถ้าทุกตึกมีพี่เลี้ยงที่สามารถให้ คำปรึกษากับน้องที่จบใหม่ได้ทุกๆ เรื่องจะดีมาก”

3. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี (Relationship) แสดงออกถึงพฤติกรรม การรับฟัง ยอมรับ และเคารพในความ คิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกับน้องพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนางานให้เกิดคุณภาพและพัฒนาตนเองให้มี คุณสมบัติของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ดีต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พี่เลี้ยงที่สอนงานเราบอกว่าเป็นยาใช้กับโรคอะไร น้ำเกลือแต่ละชนิดต่างกันอย่างไร และให้เราลองทำ ถ้าแทงน้ำเกลือก็จะให้ลองทำ 2 ครั้ง เมื่อทำได้ทำดีก็จะมีคำชม คอยรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ใจกว้าง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี แต่ถ้าคุณก็ต้องดูเหตุผลว่าเราทำผิดจริงหรือเปล่า”

4. การเป็นบุคคลต้นแบบ (Role Model) ของพยาบาลที่ดี จะสามารถหล่อหลอมพฤติกรรมของน้องพยาบาล ทำให้เกิดการซึมซับพฤติกรรมนั้นๆ ไว้เป็นบุคลิกภาพของตน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มีพี่เลี้ยงที่ประทับใจ เป็นคนที่ดูแลผู้ป่วยดีมาก ใจเย็น มีความละเอียด รอบคอบ ให้ความช่วยเหลือ ทั้งน้องใหม่และเพื่อนร่วมงานดีมาก เข้าใจความแตกต่างของน้องๆ ว่าแต่ละคนไม่เหมือนกัน ใจเย็น ค่อยๆ สอน คิดว่า ถ้าเราได้ซึมซับพฤติกรรมแบบนี้จากพี่เลี้ยงไปเรื่อยๆ เมื่อตนเองโตขึ้นได้เป็นพี่เลี้ยงก็คิดว่าตนเองน่าจะทำได้ จะไม่ดู น้อง จะค่อยๆ สอนทีละอย่าง เป็นขั้นๆ ถ้าน้องทำผิดก็จะสอน ไม่ใช่ตำหนิน้อง”

ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Development)

พยาบาลรุ่นแซดที่จบการศึกษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง 1 - 2 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และผ่านการขึ้นฝึก ปฏิบัติในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ทำให้เมื่อจบการศึกษาและต้องมาทำงานในโรงพยาบาลในปีแรกจึงขาดทักษะ ใน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง แต่ความคาดหวังของที่ทำงานคาดหวังว่าพยาบาลใหม่จะสามารถทำงาน และทำหัตถการต่างๆ ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลรุ่นก่อนหน้าพบว่า รุ่นที่จบการศึกษาในช่วงของการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานค่อนข้างน้อย สำหรับในมุมมอง ของพยาบาลรุ่นแซด มองว่าต้องพัฒนาตนเองให้เพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (Skills) เมื่อจบมาใหม่แต่ยังขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จึงต้อง เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้มากที่สุดและเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ ไม่เป็นภาระกับเพื่อน ร่วมงาน โดยเรียนรู้จากพยาบาลพี่เลี้ยงและพี่ๆ อาวุโสในหน่วยงาน ทำหัตถการให้มากที่สุด เพราะทักษะเกิดจากการ ปฏิบัติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตอนเรียนหนังสือไม่เคยแทงเข็มให้น้ำเกลือ ไม่เคยแทงเข็มฉีดยาทางหลอดเลือดดำ ไม่เคยเจาะเลือด หนูจะได้ทำแค่ในห้องปฏิบัติการการพยาบาล (Learning resources center: LRC) ไม่เคยทำกับผู้ป่วยจริง มากที่สุด แค่อธิบายเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ขนาดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อยังทำไม่ได้ ที่ฝึกมันเป็นหุ่น เขาไม่เจ็บ เราก็เลยกล้าทำ แต่พอมาทำ

กับคน เขาปฏิเสธเราได้ มีการตอบสนองกับความเจ็บที่เรามอบให้ ความมั่นใจจะต่างกัน เพราะไม่เคยลงมือทำเองเลย ซึ่งความคิดของตนเอง อยากมีความชำนาญ ความเชี่ยวชาญในงานที่ทำอยู่ให้มากขึ้น ต้องฝึกให้มากขึ้น และคิดว่าเราชอบตรงนี้แล้ว ก็อยากทำให้ออกมาดี”

2) ความรู้ทางวิชาการ (Knowledge) ความรู้ที่เรียนมาตลอดระยะเวลา 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นความรู้เบื้องต้น แต่เมื่อจบการศึกษา ทุกคนเลือกทำงานตามสิ่งที่ชอบและต้องการ ซึ่งมีบริบทที่ต่างกัน ความรู้ที่ผ่านมาไม่สามารถตอบคำถามที่ๆ ในหน่วยงานและเพื่อนร่วมวิชาชีพได้ จึงต้องชวนหาความรู้เพิ่มเติม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“งานอายุรกรรมต้องเรียนรู้อีกเยอะ ต้องแสวงหาความรู้ใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา ต้องพัฒนาตนเอง ไม่หยุดแค่ทำงานไปวันๆ เราต้องเรียนรู้เราทำอันนี้ทำไมเพราะอะไร ไม่ใช่ทำเพราะมีคนบอกให้ทำ แต่เราทำเพราะมีเหตุผลที่ต้องทำ เราทำเพื่ออะไร ทำให้ใคร เรียนรู้ไปเรื่อยๆ ทั้งความรู้และทักษะควบคู่กันไป”

อภิปรายผล

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง ในยุคความปกติใหม่ แสดงให้เห็นถึงการทำงานในภาวะวิกฤตของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นวิกฤตระดับโลก พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่อยู่แนวหน้าในการให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย วิกฤตนี้เป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เกิดการสูญเสียอย่างมากและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จนโลกเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ ถึงแม้เมื่อเข้ามาทำงานจะมีพยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลและสอนงาน แต่ในสถานการณ์ที่วิกฤตเช่นนี้ พยาบาลรุ่นแซดมีความรู้สึกว่าการที่ต้องเผชิญกับมรสุมลูกใหม่ในชีวิต เนื่องจากการทำงานภายใต้ความกดดันของโรคระบาด มีภาระงานที่หนัก การต้องใช้ชีวิตห่างจากครอบครัว การทิ้งระยะห่างทางสังคม การใช้ชีวิตและการทำงานที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และสิ่งสำคัญคือยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นตัวบั่นทอนทั้งสุขภาพกายและจิตใจ (Czeisler, Lane, Petrosky, Wiley, Christensen, Njai et al, 2020)

การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซดยังรู้สึกว่าการที่ต้องเผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงาน โดยมีสาเหตุมาจาก 1) ความรุนแรงที่เกิดจากผู้รับบริการ เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าตนเองจะถูกทำร้ายร่างกายจากผู้รับบริการ เช่น การถูกตบหน้า เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ในการรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ยังไม่ดีด้วยไม่มีประสบการณ์ในการทำงานและขาดทักษะในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งหนึ่งที่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมีแนวโน้มพบกับความรุนแรงทางร่างกาย หรือความรุนแรงที่ไม่ใช่ทางกายภาพ จากการกระทำของผู้ป่วยหรือญาติ (Jiao, Ning, Li, Gao, Cui, Sun et al, 2015) 2) เกิดจากคนทำงานด้วยตัวเอง เกิดจากการถูกผู้ร่วมงานทำร้ายร่างกาย ดู พูดจาไม่ดี มีการตำหนิต่อหน้าคนอื่น ทำให้อับอาย สาเหตุอาจเกิดจากพยาบาลรุ่นแซดทำงานไม่ได้ตามที่พี่เลี้ยงคาดหวัง มีความแตกต่างของรุ่นอายุ ทำให้มีช่องว่างระหว่างวัย หรือพี่เลี้ยงบางคนมีบุคลิกที่ดูเกินไป หรือการอยู่ในชีวิตวิถีใหม่ทำให้มีความเครียดกว่าปกติจนทำให้ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีพอ หรือบางคนอาจไม่ชอบการสอนแต่ถูกมอบหมายให้มาสอน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีโอกาสทำให้พยาบาลรุ่นแซดถูกล่วงละเมิดทางวาจา หรือมีโอกาสเผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงาน (Bordignon & Monteiro, 2021; Dur, Akbulut, Eryalcin, & Korkmaz, 2018)

นอกจากนี้พยาบาลรุ่นแซดยังต้องเผชิญกับความไม่สมดุลของชีวิตการทำงานเนื่องจาก 1) ยังหาจุดที่พอดีในชีวิตไม่ได้ สิ่งที่ทำอยู่ยังไม่มีความสุข เช่น สัดส่วนของการทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาส่วนตัว 2) การทำงานที่หนักอย่างต่อเนื่อง พักไม่เพียงพอ เป็นการขึ้นเวรทำงานอย่างต่อเนื่อง รู้สึกหมดแรง อ่อนแรง เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ มีเวลานอนหลับน้อย หรือนอนไม่เป็นเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพยาบาลรุ่นแซด เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความต้องการของคนรุ่นใหม่ (Sánchez-Hernández, González-López, Buenadicha-Mateos, & Tato-Jiménez, 2019) ที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพยาบาลรุ่นแซด

พยาบาลรุ่นแซด ต้องการการสนับสนุน เนื่องจากเพิ่งจบการศึกษา ความรู้ประสบการณ์ยังไม่มากพอ การทำงานในช่วงแรกๆ มีความวิตกกังวล มีปัญหาที่ต้องคิด ต้องปรับตัวกับที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน พยาบาลรุ่นแซดมอง

ว่าตนเองต้องการการสนับสนุนจาก 1) ครอบครัว คอยเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหา ให้ความใส่ใจ ให้ความรัก และให้กำลังใจเมื่อท้อแท้ 2) เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากพยาบาลรุ่นแซด ต้องทำงานกับแพทย์ และทีมการพยาบาลหลากหลายรุ่นอายุ ที่มีการแสดงพฤติกรรมการทำงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาในงานที่แตกต่างกัน แต่ละรุ่นมีความแตกต่างกันทั้งอุปนิสัย วิธีคิด แบบแผนการดำเนินชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ และประสบการณ์การทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากคนแต่ละรุ่นอายุเติบโตภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนกัน ทั้งทางด้านการอบรมเลี้ยงดู ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยี (Iorgulescu, 2016) อย่างไรก็ตาม พยาบาลรุ่นแซดสามารถปรับตัวเข้าได้ดีกับผู้ร่วมงานที่มีลักษณะเปิดกว้างทางความคิดและยืดหยุ่นในวิธีการทำงาน (Wongthai & Oumtane, 2020) และ 3) ต้องการการสนับสนุนจากกลุ่มทางสังคมของตนเอง เช่น กลุ่มทางศาสนา กลุ่มเพื่อนท้องเที่ยว เล่นกีฬา เล่นดนตรี เป็นต้น ต้องการการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบนี้ค่อนข้างลำบาก เพราะทุกคนต้องเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้ไม่ได้พบกัน หรือไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน จุดเด่นของคนรุ่นแซดที่รู้จักกันในอีกชื่อเรียกหนึ่งว่ารุ่น Digital Native เสพติดการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร (Christensen, Wilson, & Edelman, 2018) เติบโตในยุคสมัยที่มีการเติบโตของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดดและแพร่หลาย ทุกคนสามารถเข้าถึงการใช้เทคโนโลยี ถึงแม้ไม่ได้พบกันโดยตรงแต่ก็สามารถที่จะสื่อสารและติดต่อกันได้ตลอดเวลา

พยาบาลรุ่นแซดจะเก่ง สามารถปฏิบัติงานได้ และอยู่ในหน่วยงานอย่างมีความสุข พยาบาลที่เลี้ยงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวขับเคลื่อน คอยสนับสนุนพยาบาลรุ่นแซดในการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มตัว (Harrison, 2020) ซึ่งพยาบาลรุ่นแซด จะปรับตัวเข้าได้ดีกับพยาบาลรุ่นพี่ที่มีลักษณะเปิดกว้างทางความคิด ยืดหยุ่นในวิธีการ ใจเย็น เข้าใจความแตกต่างของคนแต่ละรุ่นอายุ มีความเข้าใจรูปแบบการสอนความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาล (Wongthai & Oumtane, 2020) ซึ่งพยาบาลรุ่นแซด ในการศึกษาที่ต้องการพยาบาลที่เลี้ยงที่มีคุณภาพ มีความรู้และทักษะในการสอน สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยวิธีที่เหมาะสม (Chicca & Shellenbarger, 2018b) สามารถให้คำปรึกษาได้ทุกเรื่องเพื่อให้พยาบาลรุ่นแซด สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน เต็มใจรับฟังและพร้อมที่จะช่วยเหลือ พยาบาลที่เลี้ยงจะเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลรุ่นแซดเพื่อลดความเครียดในการปฏิบัติงาน และสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้พยาบาลรุ่นแซดมีการปรับตัว เกิดความกระตือรือร้น และความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล และสุดท้ายต้องการพยาบาลที่เลี้ยงที่เป็นบุคคลต้นแบบของพยาบาลที่ดี จะสามารถช่วยเหลือลดผลกระทบของพยาบาลรุ่นแซด เกิดการซึมซับพฤติกรรมที่ดีไว้เป็นบุคลิกภาพของตน เมื่อพยาบาลรุ่นแซดเติบโตขึ้น องค์กรจะมีที่เลี้ยงที่ดีและมีคุณภาพ

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ได้พบกับปัญหาหลากหลายให้เรียนรู้ และต้องการการสนับสนุนต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้เก่งขึ้น จึงต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและความรู้ทางวิชาการ ถือเป็นเรื่องที่พยาบาลจบใหม่ในปีแรก ๆ ต้องพัฒนาตนเองให้มีทักษะในการปฏิบัติงาน ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ คู่กับการพัฒนาความรู้ เพราะความรู้ที่เรียนมาตลอดระยะเวลา 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นความรู้เบื้องต้น แต่เมื่อจบการศึกษาทุกคนเลือกทำงานตามสิ่งที่ชอบและต้องการ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ความรู้ที่ผ่านมามีไม่สามารถตอบคำถามให้กับเพื่อนร่วมงานและร่วมวิชาชีพได้ จึงต้องพัฒนาตนเองให้เก่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Serafin และคณะ ที่พบว่าความสามารถที่จำเป็นของพยาบาลรุ่นแซดคือ ความรู้และความสามารถในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Serafin, Danilewicz, Chyla, & Czarkowska-Paczek, 2020) ดังนั้นพยาบาลรุ่นแซดจึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางแผนกลยุทธ์ในการดูแลพยาบาลรุ่นแซด ที่เป็นบุคลากรทางการพยาบาลรุ่นใหม่ ในด้านความปลอดภัย คุณภาพชีวิต สุขภาพกาย และจิตใจ ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงให้มีคุณภาพและมีคุณลักษณะที่พยาบาลรุ่นนี้ต้องการคือ มีความรู้และทักษะในการสอน การให้คำปรึกษา มีสัมพันธภาพที่ดี และเป็นบุคคลต้นแบบ และควรส่งเสริมให้พยาบาลรุ่นแซด ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและความรู้ทางวิชาการ เพื่อให้เกิดความชำนาญ และดำรงรักษาพยาบาลรุ่นแซดไว้กับองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นแซด ในยุคความปกติใหม่ และควรศึกษาประสบการณ์ของผู้บริหารในการบริหารพยาบาลรุ่นแซด

References

- Bejtkovský, J. (2016). The Employees of Baby Boomer Generation, Generation X, Generation Y and Generation Z in Selected Czech Corporations as Concoivers of Development and Competitiveness in their Corporation. *Journal of Competitiveness*, 8(1), 105-123.
- Bell, J. A. (2013). Five Generations in the Nursing Workforce: Implications for Nursing Professional Development. *Journal of Nurses Professional Development*, 29(4), 205-210.
- Bencsik, A., Horváth-Csikós, G., & Juhász, T. (2016). Y and Z Generations at Workplaces. *Journal of Competitiveness*, 8(3), 90-106.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. New York: John Wiley & Sons.
- Bordignon, M., & Monteiro, M. I. (2021). Analysis of Workplace Violence Against Nursing Professionals and Possibilities for Prevention. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20190406. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406>.
- Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018a). Connecting with Generation Z: Approaches in Nursing Education. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 180-184.
- Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018b). Generation Z: Approaches and Teaching-Learning Practices for Nursing Professional Development Practitioners. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(5), 250-256.
- Christensen, S. S., Wilson, B. L., & Edelman, L. S. (2018). Can I Relate? A Review and Guide for Nurse Managers in Leading Generations. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 689-695.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., et al. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic-United States, June 24-30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049-1057.
- Dimock, M. (2018). *Defining Generations: Where Millennials End and Post-Millennials Begin*. Retrieved May 27, 2021 from <http://www.pewresearch.org/facttank/2018/03/01/defining-generations-where-millennials-end-and-post-millennials-begin/>.

- Dur, N., Akbulut, Z., Eryalcin, O. & Korkmaz, M. (2018). Evaluation of the Violence Experienced by Nurses of Different Generations and their Strategies for Coping with the Stress Resulting from Violence. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1756-1762.
- Goh, E. & Lee, C. (2018). A Workforce to be Reckoned With: The Emerging Pivotal Generation Z Hospitality Workforce. *International Journal of Hospitality Management*, 73, 20-28.
- Harrison, P. (2020). Preceptorship: Supporting New Nurses in Transition. *Gastrointestinal Nursing*, 18(7), 225317795. doi:10.12968/gasn.2020.18.7.50.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. New York: Harper.
- Hezaveh, M. S., Rafii, F. & Seyedfatemi, N. (2014). Novice Nurses' Experiences of Unpreparedness at the Beginning of the Work. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 215-222.
- Iorgulescu, M. C. (2016). Generation Z and Its Perception of Work. *Cross-Cultural Management Journal*, 18(1), 47-54.
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., et al. (2015). Workplace Violence Against Nurses in Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *BMJ Open*, 5(3), 1-9.
- Kaihlanen, A. M., Elovainio, M., Haavisto, E., Salminen, L., & Sinervo, T. (2020). Final Clinical Practicum, Transition Experience and Turnover Intentions Among Newly Graduated Nurses: A Cross Sectional Study. *Nurse Education Today*, 84, 1-9.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. (4th ed.). California: Thousand Oaks.
- Kuewong, G., & Oumtane, A. (2017). Stress of Newly Graduated Nurses Working at an Intensive Care Unit. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl 1), 158-165. (in Thai)
- Sánchez-Hernández, M. I., González-López, Ó. R., Buenadicha-Mateos, M., & Tato-Jiménez, J. L. (2019). Work-Life Balance in Great Companies and Pending Issues for Engaging New Generations at Work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 1-18.
- Serafin, L., Danilewicz, D., Chyla, P., & Czarkowska-Paczek, B. (2020). What is the Most Needed Competence for Newly Graduated Generation Z Nurses? Focus Groups Study. *Nurse Education Today*, 94, 104583. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104583>.
- Shellenbarger, T., & Chicca, J. (2019). A New Generation of Nurses is Here. *American Nurse Today*, 14(2), 48-50.
- Singh, A. P., & Dangmei, J. (2016). Understanding the Generation Z: The Future Workforce. *South-Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 3(3), 1-5.
- Smith-Trudeau, P. (2016). Generation Z Nurses Have Arrived. Are You Ready? *New Hampshire Nursing News*, 40(2), 13-14.
- Stillman, D., & Stillman, J. (2017). *Gen Z @ Work: How the Next Generation is Transforming the Workplace*. New York: HarperCollins.
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Wongthai, S., & Oumtane, A. (2020). Working with Multi-Generation Colleagues: Perspectives of Generation Z Nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 96-104. (in Thai)

- Woo, W. J. M., & Newman, A. S. (2020). The Experience of Transition from Nursing Students to Newly Graduated Registered Nurses in Singapore. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 81-90.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Clinical Management of COVID-19*. Retrieved May 27, 2021 from <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
และการบริการวิชาการแก่สังคมในรูปแบบออนไลน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
Determining Unit Costs Per Student and Academic services with Online teaching
of Boromarajonani College of Nursing Chainat

ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ¹, ชุตินา มาลัย¹, พรเจริญ บัวพุ่ม¹, นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม¹, นกษา สิงห์วีรธรรม^{2*}
Tipawan Tangwongkit¹, Chutima Malai¹, Pornjaroen Buapum¹, Nitjawan Weerawatthanodom¹,
Noppcha Singweratham^{2*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2*}
Boromarajonani College of Nursing Chainat Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Faculty of Public Health, Chiang Mai University^{2*}

(Received: September 3, 2022; Revised: 26 November, 2022; Accepted: 30 October, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุน ต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา (Full-Time Equivalent Students : FTES) การผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และการบริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท ตัวอย่างคือ ข้อมูลค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2564 ในมุมมองของผู้ผลิต โดยกระจายต้นทุนแบบลำดับขั้น เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน ต้นทุนโครงการรวม และผลผลิตประมวลผลข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติ จำนวน และ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

ต้นทุนการผลิตนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท มีต้นทุนรวม 57,675,865.88 บาท มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และครุภัณฑ์ เท่ากับ 69.89, 17.91 และ 12.20 ตามลำดับ ต้นทุนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เท่ากับ 145,977.47 บาทต่อ FTES ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 133,428.42 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 318 คนต่อปี ต้นทุนรวมบริการวิชาการแก่สังคมในรูปแบบออนไลน์ เท่ากับ 8,434,972.93 บาท ต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 8,221.22 บาทต่อคน

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารสถานศึกษาควรใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นแนวทางการบริหารต้นทุนให้มีประสิทธิภาพ และควรเพิ่มต้นทุนด้านวิชาการของคณาจารย์ให้สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาการที่องค์กรคาดหวัง

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, การผลิตนักศึกษา, บริการวิชาการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-5513399)

Abstract

This descriptive study aims to investigate the unit cost per student, the break-even point and, the unit cost per full-time equivalent students (FTES) on Bachelor of nursing science students and Practical nursing students at Boromarajonani College of Nursing Surin. Moreover, the unit cost of academic services was also identified. The College's perspectives were analyzed with a step-down method for cost allocation. Labor, material, and capital costs were retrieved from secondary sources in both annual government statements of expenditure and revenue for fiscal years 2020. Data were analyzed using Microsoft excel which determine the amounts and percentages.

The results show that the total cost of Boromarajonani College of Nursing Chainat was 57,675,865.88 Baht. The proportion on labor cost, material cost and capital cost were 69.89, 17.91 and 12.20, respectively. The unit cost and full-time equivalent (FTES) cost for training a Bachelor of nursing science student were 145,977.47 Bath/FTES and 133,428.42 Bath/person, respectively. In addition, the break-event point presented at 318 per year. Furthermore, the total cost of online academic services presented at 8,434,972.93 Baht with the average cost was 8,221.22 Bath/person.

Based on the result, the college administrator should concern on the empirical unit cost data in order to make an efficient management. Moreover, the academic cost of instructor should consider based on competency developing of the organization.

Keywords: Unit Cost, Graduate Production, Academic Service, Boromarajonani College of Nursing Chainat

บทนำ

มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการจัดการศึกษา นอกจากจะมีการวัดความสำเร็จจากการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพแล้ว การบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดการศึกษาถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญโดยเฉพาะการวิเคราะห์ต้นทุนของสถาบันเพื่อให้ทราบถึงการบริหารจัดการทรัพยากรว่ามีประสิทธิภาพเกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนหรือไม่ ประกอบกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2557 กำหนดให้มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาต้องกำกับติดตามส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคณะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินที่ประกอบไปด้วยต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละหลักสูตร สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนานักศึกษา อาจารย์ และบุคลากรที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง (Office of the Higher Education Commission, 2014) รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการบริหารหลักสูตร การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตนักศึกษابนพื้นฐานการใช้ข้อมูลต้นทุนการผลิต (Unit Cost Analysis) (Cleland & Mckibbin, 1990; Drummond & McGuire, 2007) ประกอบกับการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพนั้นส่วนราชการต้องจัดทำบัญชีต้นทุนในงานบริการสาธารณะ (Cousil of Minister, 2003; Robinson & Last, 2009) เพื่อให้ทราบถึงจำนวนทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตของหน่วยงาน

การจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลระดับปริญญาตรีมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น โดยต้นทุนผลิตนักศึกษาพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านมามีอยู่ระหว่าง 51,998.48 – 68,649.98 บาทต่อคน (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002) ในปี พ.ศ. 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการศึกษาต้นทุนและจุดคุ้มทุน

ของการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตใหม่ มีต้นทุนต่อหน่วย 138,783.94 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 136 คน (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) หากพิจารณาเป็นรายวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีต้นทุนต่อหน่วย 129,589.42 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 152 คน (Phongsiri, Kulprateepunya, Bootsri, Chobchaing & Khanphupa, 2017) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มีต้นทุนต่อหน่วย 124,299.89 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 242 คน (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา มีต้นทุนต่อหน่วย 126,070.61 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 163 คน (Nasae, Paenkaew, Wongyai, Mangmee, Singweratham & Kumkong, 2021) ทั้งนี้แนวโน้มต้นทุนที่สูงขึ้นยังพบในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร (Sathagathonthon, 2020) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (Plan and Policy Division The office of President, 2018) จะเห็นได้ว่าหากสถานศึกษามีการบริหารจัดการข้อมูลจากฐานข้อมูลต้นทุนจะส่งผลต่อการบริหารจัดการ อีกทั้งการทราบจุดคุ้มทุนก็จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในจำนวนนักศึกษาที่ต้องรับต่อชั้นปี (Singweratham & Kantabanlang, 2017)

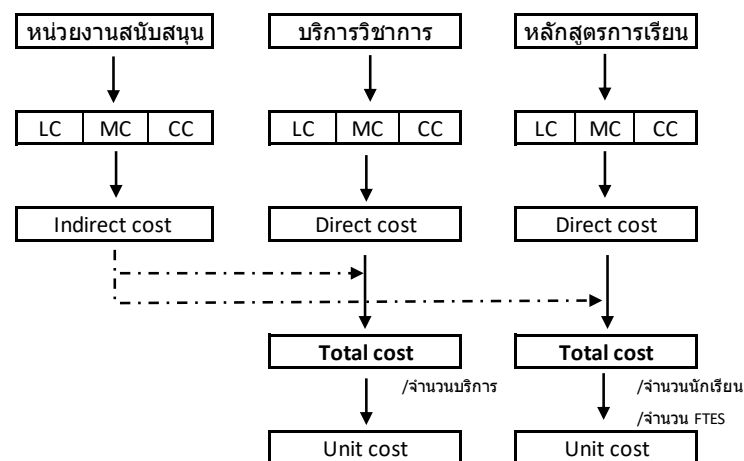
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยาม เป็นสถาบันอุดมศึกษาแห่งแรกในจังหวัดชัยนาท มีพันธกิจหลักในการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และการบริการวิชาการแก่สังคมให้กับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 3 จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้สถานศึกษาทุกแห่งมีการนำนวัตกรรมในการเรียนรู้เข้ามาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ทำให้เกิดการจัดการเรียนรู้ทางไกลหรือออนไลน์ รวมถึงการจัดการเรียนการสอนและบริการวิชาการแก่สังคมในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยาม ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงวิเคราะห์ต้นทุนในการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการในรูปแบบทางไกลและออนไลน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่เป็นปัจจุบันและทราบจุดคุ้มทุนในการผลิตนักศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุน และต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา การผลิตนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยาม
2. เพื่อศึกษาต้นทุนการจัดบริการวิชาการหลักสูตรออนไลน์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกรอบแนวคิดการวิจัยตามการศึกษาต้นทุนแบบหน่วยงาน (Cost Center Approach) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993; Pemphonsub, 1997) ประกอบด้วย 1) แบ่งหน่วยงานต้นทุน 2) หาต้นทุนทางตรงประกอบด้วยค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และ ค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost : CC) 3) การกระจายต้นทุนจากต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ไปสู่ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) 4) หาต้นทุนรวม (Total Cost) และ 5) หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาในมุมมองของผู้ผลิต (Provider Perspective) ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Review) ในกรณีต้นทุนที่ไม่ได้บันทึกไว้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่าง คือข้อมูลต้นทุนจากแหล่งทุติยภูมิ รวบรวมจากค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ ในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564) ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (LC) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) และต้นทุนค่าลงทุน (CC) (The Comptroller General's Department, 2019) การศึกษาครั้งนี้การกระจายต้นทุนโดยใช้วิธีลำดับขั้น (Step-Down Method) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2564 โดยได้ปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021)

1. แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ได้ใช้แบบบันทึก LC1 ที่บันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่งทางการบริหารและเงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน ค่าเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุผลพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ค่าเดินทางไปราชการ และหมวดเงินสวัสดิการของบุคลากรทุกคนในวิทยาลัย แบบบันทึก LC2 เป็นแบบบันทึกสัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุนค่าแรง

2. แบบบันทึกค่าวัสดุ ได้ใช้แบบบันทึก MC1-MC8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุน โดยบันทึกวัสดุทั่วไปและวัสดุโครงการ บันทึกค่าสาธารณูปโภค (Utility cost: UC) ประกอบด้วย สาธารณูปโภค

3. แบบบันทึกค่าลงทุน ได้ใช้แบบบันทึก CC1_1-CC1_8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุน เพื่อบันทึกครุภัณฑ์ที่มูลค่ามากกว่า 5,000 บาทตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General's Department, 2019) และแบบบันทึก CC2_1 ใช้บันทึกที่ค่าดิน/สิ่งก่อสร้าง

4. แบบบันทึกต้นทุนโครงการรวม (Project Cost: PC) ใช้แบบบันทึก PC โดยบันทึกข้อมูลของโครงการ ประกอบด้วยค่าแรงและค่าวัสดุของโครงการ ประกอบด้วยโครงการตามพันธกิจของวิทยาลัยและ โครงการของสถาบันพระบรมราชชนก

5. แบบเก็บรายได้แต่ละหลักสูตร (Tuition Fee: TF) ใช้แบบบันทึก TF ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาชำระเพื่อการเรียนการสอน

6. แบบเก็บรายได้บริการวิชาการ (Academic Services Fee: AF) ใช้แบบบันทึก AF ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการลงทะเบียนการจัดบริการวิชาการ จำนวนผู้เข้าอบรม หน่วยกิต ชั่วโมง และจำนวนวันที่ใช้จัดการเรียนการสอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์โครงสร้างและระบบงาน (System Analysis) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ โดยการศึกษาโครงสร้าง ระบบการแบ่งส่วนงาน ลักษณะงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) โดยได้แบ่งหน่วยงานดังนี้

1.1 หน่วยงานสนับสนุน (Support Unit) หรือ หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPPC) ประกอบด้วย งานอำนวยการ งานวิชาการ งานวิจัย/บริการวิชาการ และ กิจกรรมนักศึกษา

1.2 บริการวิชาการ (Academic Service Unit) หรือหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) ประกอบด้วย ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน งานฝึกอบรมและบริการวิชาการ

1.3 หลักสูตรการเรียนการสอน (Teaching Service Cost Center: TSCC) ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2. การหาต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงาน (Direct Cost Estimation)

3. กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation Criteria) การศึกษาครั้งนี้ใช้การกระจายแบบลำดับขั้น (Step-Down Allocation) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) โดยการกระจายต้นทุนหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน ลงไปยังการผลิตนักศึกษาและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริการวิชาการลงไปยังงานบริการวิชาการ หลังจากนั้นจึงกระจายลงไปยังชั้นปีด้วยจำนวนหน่วยกิตสำหรับการจัดการเรียนการสอน และจำนวนการให้บริการวิชาการตามลำดับ

4. การหาต้นทุนรวม (Total Cost) รวมทั้งหมด

5. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) การผลิตนักศึกษาและจุดคุ้มทุนต่อการผลิตนักศึกษา

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายแบบเก็บข้อมูลและข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนกับผู้บันทึกข้อมูล

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ด้วยการชี้จุดค่าสิ่งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบความตรงกันและความสอดคล้องของข้อมูลที่บันทึกกับผลลัพธ์โดยรวมดำเนินการแก้ไขข้อมูลหากพบข้อผิดพลาด

ขั้นที่ 4 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน และ ร้อยละ การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าเสื่อมราคาต่อปี (Depreciation Cost) ของค่าเสื่อมราคา โดยยึดอายุการใช้งาน (Useful Life) ตามกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General's Department, 2014; The Comptroller General's Department, 2019)

$$\text{Depreciation cost} = \frac{\text{Price}}{\text{Useful life}}$$

2. ต้นทุนทั้งหมด (Total cost) คำนวณของจากผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์แยกตามรายพันธกิจและผลลัพธ์

$$\text{Total cost} = \text{Labor cost (LC)} + \text{Material cost (MC)} + \text{Capital cost (CC)}$$

3. ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) คำนวณจากต้นทุนรวมของการผลิตนักศึกษาและบริการวิชาการหารด้วยจำนวนนักเรียนและผู้เข้าอบรมในหลักสูตรที่ทำการศึกษา

$$\text{Unit cost} = \frac{\text{Total cost}}{\text{Amount of student}}$$

4. ภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Full Time Equivalent Students: FTES) คำนวณจากหน่วยกิตนักศึกษา (Student Course Credit Hour: SCCH) คูณจำนวนนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในแต่ละปี หารด้วยค่าเฉลี่ยหน่วยกิตต่อปี (Average of FTES er year) โดยจำนวนหน่วยกิตต่อปีการศึกษาปริญญาตรีมีค่าเท่ากับ 36 (Office of the Higher Education Commission, 2014)

$$\text{FTES} = \frac{\text{Student course credit hour} \times \text{students}}{\text{Average of FTES per year}}$$

5. ต้นทุนต่อหน่วยภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Unit Cost Per FTES)

$$\text{Unit cost per FTES} = \frac{\text{Total cost}}{\text{FTES}}$$

6. จุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP) การคำนวณจาก ต้นทุนคงที่ (Fix Cost) ต่อคน หาร ด้วย รายได้จากการลงทะเบียน (Income) ลบด้วย ต้นทุนผันแปรต่อคน (Variable Cost) ประกอบด้วยค่าวัสดุสิ้นเปลืองต่อคนต่อคนต่อปี (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) ทั้งการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการออนไลน์

$$\text{BEP} = \frac{\text{Fix cost}}{(\text{Income} - \text{Variable cost})}$$

ผลการศึกษา

1. ต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยงาน

หน่วยต้นทุน	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าครุภัณฑ์ (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
กลุ่มบริหารและอำนวยการ	11,859,930.68 (62.85)	3,115,502.77 (16.51)	3,895,277.20 (20.64)	18,870,710.65 (100.00)
กลุ่มวิชาการ	3,614,575.50 (76.01)	692,112.64 (14.55)	448,530.41 (9.43)	4,755,218.56 (100.00)
กลุ่มกิจการนักศึกษา และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	2,045,506.44 (87.80)	144,600.88 (6.21)	139,610.57 (5.99)	2,329,717.89 (100.00)
กลุ่มวิจัย	1,594,843.49 (92.91)	34,259.51 (2.00)	87,383.58 (5.09)	1,716,486.57 (100.00)
กลุ่มบริการวิชาการ	798,603.85 (47.59)	34,651.18 (2.06)	845,005.59 (50.35)	1,678,206.62 (100.00)
ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน	493,599.47 (80.30)	118,254.50 (19.24)	2,868.70 (0.47)	614,722.67 (100.00)
หลักสูตรฝึกอบรม	3,429,159.10 (98.70)	24,261.27 (0.70)	20,879.28 (0.60)	3,474,299.65 (100.00)
หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต	16,474,916.98 (67.98)	6,164,357.27 (25.43)	1,597,130.02 (6.59)	24,236,449.28 (100.00)
รวม	40,311,180.50 (69.89)	10,328,000.02 (17.91)	7,036,685.36 (12.20)	57,675,865.88 (100.00)

จากตาราง 1 ต้นทุนรวมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท เท่ากับ 57,675,865.88 บาท หากพิจารณาต้นทุนรวมทางตรงแยกตามหน่วยต้นทุนพบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีต้นทุนรวมสูงที่สุด เท่ากับ 24,236,449.28 บาท และ น้อยที่สุดศูนย์ศึกษาก่อนวัยเรียน เท่ากับ 614,722.67 บาท ในขณะที่ต้นทุนค่าแรงสูงมีค่าสูงสุด เท่ากับ 40,311,180.50 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.89 รองลงมาค่าวัสดุ เท่ากับ 10,328,000.02 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.91 ค่าครุภัณฑ์เท่ากับ 7,036,685.36 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.20 และ ตามลำดับ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชัยนาท มีต้นทุนรวมในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสูงสุด เท่ากับ 53,504,796.99 บาท รองลงมาต้นทุนรวมการฝึกอบรม เท่ากับ 3,515,322.93 บาท และน้อยที่สุด คือศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน เท่ากับ 655,745.96 บาท โดยพบว่าสัดส่วนต้นทุนทางตรงมากที่สุดร้อยละ 80.76 รองลงมา ต้นทุนทางอ้อม 19.24 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมแยกตามหน่วยผลิต

หน่วยผลิต	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
หลักสูตร			
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	42,491,810.66 (79.42)	11,012,986.32 (20.58)	53,504,796.99 (100.00)
งานบริการวิชาการ			
ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน	614,722.67 (93.74)	41,023.28 (6.26)	655,745.96 (100.00)
ฝึกอบรม	3,474,299.65 (98.83)	41,023.28 (1.17)	3,515,322.93 (100.00)
รวม	46,580,832.98 (80.76)	11,095,032.89 (19.24)	57,675,865.88 (100.00)

ตาราง 3 จำนวน FTES และต้นทุนต่อ FTES จำนวนนักศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน

หลักสูตร	จำนวน FTES	ต้นทุนต่อ FTES	จำนวนนักศึกษา	ต้นทุนต่อหน่วย	จุดคุ้มทุน
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	366	145,977.47	401	113,428.42	318

จากตาราง 3 ต้นทุนต่อ FTES จำนวนนักศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน พบว่า ต้นทุนต่อภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา FTES ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เท่ากับ 145,977.47 บาทต่อ FTES มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 113,428.42 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 318 คนต่อปี

ตาราง 4 ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาแยกตามรายชั้นปีการศึกษา

วิทยาลัย	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	ต้นทุนต่อหน่วย
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	140,709.53	127,479.09	189,541.28	86,647.44	133,428.42

ตาราง 4 ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาแยกตามรายชั้นปี การผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ชั้นปีที่ 3 มีต้นทุนต่อหน่วยการผลิตมากที่สุดเท่ากับ เท่ากับ 189,541.28 บาทต่อปี รองลงมาชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 140,709.53 บาทต่อปี ชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 127,479.09 บาท ต่อปี และชั้นปีที่ 4 น้อยที่สุด เท่ากับ 86,647.44 บาทต่อปี ตามลำดับ

2. ต้นทุนการจัดบริการวิชาการหลักสูตรออนไลน์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชัยนาท

ตาราง 5 ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามหลักสูตรฝึกอบรม (บริการวิชาการ)

หลักสูตร	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)	ผู้เข้าอบรม	ต้นทุนต่อหน่วย
ปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ "หลักสูตรการเป็นข้าราชการ ที่ดี"	3,329,400 (43.99)	2,379,013.99 (56.01)	5,708,413.99 (100.00)	721	7,917.36
อบรมฟื้นฟูวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติ : การดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	94,000 (72.24)	67,167.45 (27.76)	161,167.45 (100.00)	200	805.84
อบรมผู้บริหารการ สาธารณสุขระดับต้น	596,250 (67.50)	426,048.87 (32.50)	1,022,298.87 (100.00)	53	19,288.66
อบรมระยะสั้นทางการ พยาบาล : การพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต	900,000 (43.99)	643,092.63 (56.01)	1,543,092.63 (100.00)	52	29,674.86
รวม	4,919,650 (52.52)	3,515,322.93 (47.48)	8,434,972.93 (100.00)	1,026	8,221.22

จากตาราง 5 ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามหลักสูตรฝึกอบรม (บริการวิชาการ) พบว่าหลักสูตรอบรมระยะสั้นทางการพยาบาล : การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด เท่ากับ 29,674.86 บาทต่อคน รองลงมาหลักสูตรอบรมผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น 19,288.66 บาทต่อคน และน้อยที่สุด อบรมฟื้นฟูวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ : การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 805.84 บาทต่อคน

อภิปรายผล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบนาท จัดรูปแบบการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 มีต้นทุนรวม 57,796,587.68 บาท มีสัดส่วนร้อยละต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และครุภัณฑ์ เท่ากับ 69.75, 18.98 และ 12.17 สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในช่วงปกติ ของวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (Phongsiri, Kunthlda, Waragkana, Chobchaing & Khanphupa, 2017) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา (Nasae, Paenkaew, Wongyai, Mangmee, Singweratham, Kumkong, 2021) และต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) จะเห็นได้ว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลนั้นทุกสถาบันมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูง ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนการสอนด้านการพยาบาลต้องมีอาจารย์ที่มีสมรรถนะและทักษะการศึกษาพยาบาลขั้นสูง จึงส่งผลให้มีค่าตอบแทน เช่น เงินเดือนและค่าตอบแทนสูงเช่นกัน อีกทั้งยังต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Office of the Higher Education Commission, 2014)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบนาท มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 144,946.02 บาทต่อ FTES มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 113,428.42 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 318 คนต่อปี จะเห็นได้ว่าต้นทุนและจุดคุ้มทุนในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาต้นทุนการผลิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตรศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขที่มีค่ากลางเท่ากับ 138,783.94 บาทต่อปี จะมีจุดคุ้มทุนเท่ากับ 136 คนต่อชั้นปี (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ (Phongsiri, Kulprateepunya, Bootsri, Chobchaing & Khanphupa, 2017) และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) การนำเสนอจำนวนจุดคุ้มทุนเป็นส่วนหนึ่งในการประมาณการรับนักศึกษาในแต่ละ

ละปี (Pemphonsub,1997) ทั้งนี้การศึกษาต้นทุนที่แบ่งเป็นฝ่ายที่ชัดเจนเช่น ฝ่ายบริหาร ฝ่ายบริการวิชาการ และฝ่ายวิจัย ที่ทำให้ทราบถึงต้นทุนของแต่ละพันธกิจ ที่ต่างจากการศึกษาต้นทุนที่ผ่านมา ที่ใช้วิธีการศึกษาต้นทุนอย่างง่าย Quick method (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002; Klinchan, 2007; Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit, 2008) โดยการศึกษาต้นทุนอย่างง่ายสามารถตอบคำถามต้นทุนต่อหน่วยได้ (Kaewsonthi & Kamolrattanakul,1993; Pemphonsub,1997) แต่ไม่สามารถนำข้อมูลและส่วนประกอบของข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการการศึกษาได้ (Teswanitch, 2010)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขื่อนนาท ต้นทุนรวมบริการวิชาการ เท่ากับ 8,434,972.93 บาท ต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 8,221.22 บาทต่อคน พันธกิจในการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขใช้ทรัพยากรของวิทยาลัยประกอบด้วยวิทยากร วัสดุ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ และสาธารณูปโภคร่วมด้วย ที่ผ่านมายังไม่มีการคำนวณต้นทุนบริการวิชาการในวิทยาลัย มีเฉพาะการรายงานต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาเท่านั้น (Phongsiri, Kulprateepunya, Bootsri, Chobchaing and Khanphupa, 2017) ในการบริหารทรัพยากรในสถาบันการศึกษาที่มีการเปิดอบรมระยะสั้นตามนโยบายจากส่วนกลาง เช่น การอบรมโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ การเปิดอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น และระดับกลาง หรืออื่น ๆ นั้น สถาบันการศึกษาควรมีการคิดต้นทุนต่อหน่วยของบริการดังกล่าวร่วมด้วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายนี้จะส่งผลในอนาคตต่อการบริหารจัดการ ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ความขาดแคลนพยาบาล (Singweratham & Kantabanlang, 2017) สถาบันที่ผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลควรให้ความสนใจข้อมูลต้นทุนเพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในการผลิตและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Hanjangsit, 2013)

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจจะส่งผลต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงประมาณตามปีการศึกษาและนับจำนวนนักศึกษาที่ใช้เพื่อเป็นตัวหารตามที่อยู่ในปีงบประมาณนั้นๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสถานศึกษาควรใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นแนวทางการบริหารต้นทุนให้มีประสิทธิภาพ นำไปวางแผนในการบริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. จุดคุ้มทุนการจัดบริการวิชาการ ส่งผลต่อการบริหารจัดการด้านการเงินและสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินโครงการบริการวิชาการเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและคุ้มค่า

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบต้นทุนการผลิตรายปีงบประมาณเพื่อให้ทราบทิศทางในการบริหารจัดการต้นทุนของสถาบันการศึกษา
2. ควรมีการศึกษาความอ่อนไหวของข้อมูลพื้นที่ที่นำเข้ามาคิดในการศึกษาต้นทุน เพื่อทราบว่าตัวแปรใดที่ส่งผลกระทบและขับเคลื่อนต้นทุน เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการจัดการรายการต้นทุน
3. ควรศึกษาต้นทุนด้านวิชาการของคณาจารย์ให้สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาการที่องค์กรคาดหวัง

References

- Cleland, V. S. & McKibbin, R. C. (1990). *The Economics of Nursing*. Norwalk: Applenton & Lange.
- Cousil of Minister. (2003). *Royal Decree of Guideline and Method of Good Governance in 2546*. Book 136 Section 56 Kor. April 30, 2456.
- Drummond, M. F. & McGuire A. (2007). *Ecnomomic Evaluation in Health Care: Merging theory with Practice*. Oxford: Oxford University Press.

- Hanjangsit, B. (2013). *Human Resource Economics*. Editor 7. Bangkok: O.S. Printing House. (in Thai)
- Kaewsonthi, S. & Kamolrattanakul, P. (1993). *Health Economics : An Analysis and Evaluation in Public Health*. Bangkok: Chulalongkorn. (in Thai)
- Klinchan, A. (2007). *Unit Cost of Production in Phetchabun Rajabhat University*. Phetchabun Rajabhat University. (in Thai)
- Nasae, J., Paenkaew, J., Wongyai, S., Mangmee, T., Singweratham, N. & Kumkong, M. (2021). Unit Cost Per Student and for Academic Services at Songkhla's Boromarajonani College of Nursing. *The Southern college network journal of nursing and public health*, 8(3), 229-239. (in Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2014). *Manual of Internal Education Quality of Teaching in Higher Education in Education Year 2014*. Bangkok: Pappim. (in Thai)
- Pemphonsub, W. (1997). *Principle of Cost Accounting*. Bangkok. Kasetsart University Press. (in Thai)
- Phongsiri, P., Kulprateepunya, K., Bootsri W., Chobchaing, L. & Khanphupa, N., (2017). Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong. *Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong*, 1(1), 75-91. (in Thai)
- Plan and Policy Division The office of President. (2018). *Unit Cost and Value of Curriculum Administration Nakhon Ratchasima Rajabhat University Year 2017*. Nakhon Ratchasima Rajabhat University: n.p. (in Thai)
- Praboromarajchanok. (1998). *Unit Cost of Nursing Colleges and Boromarajonani College of Nursing in Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health in Fiscal Year 2539-2541*. Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok. (2002). *Determineing of Unit Cost of Education Management in Praboromarajchanok Institute*. Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Robinson, M. & Last D. (2009). *A Basic Model of Performance-Based Budgeting*. Washington DC: Fiscal Affair Department.
- Sathagathonthon, G. (2020). Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursning, Naresuan University. *Journal of Health and Nursing research* 36(1), 39-54. (in Thai)
- Singweratha, N., Phongsakchat, P. & Nansang S., (2021). Determining Unit Costs Per Student and Break-Event Point of Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira. *Christian University Journal*, 27(1), 1-11. (in Thai)
- Singweratham, N. & Kantabanlang, Y. (2017). Current Health Workforce and State of the Health Workforce Development Need in the Thai Health System: A Report by the Phraboromarajchanok Institute the Ministry of Public Healht. *The Southern college network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 218-225. (in Thai)
- Singweratham, N., Mualprasitporn, R., Sawaengdee, K., Jitaram, Parinya. & Tassabutr, W. (2018). Determining Unit Cost Per Student and Break-Even Point at Nursing Collegue of Praboromarajchanok. *Journal of Healht Science*, 27(5), 932-947. (in Thai)
- Teswanitch, J. (2010). *Unit Cost, Managerial Economics Leasson 1-7*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

- The Comptroller General's Department. (2014). *Calculation Criteria on Depreciation and Fixed Assest for Government Agencies. Office of Finance Standard in Government Agency.* Bangkok: The Comptroller General's Department.
- The Comptroller General's Department. (2019). *Financeial Guideling on Land, Capital and Material 2019 Office of Finance Standard in Government Agency.* Bangkok: The Comptroller General's Department.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการ วารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า **(ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่อันดับชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า



3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
- 1.1
- 1.1.1
- 1.1.1.1
- 1)
- 1.1)
-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apacrib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารพยาบาลและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้พิมพ์ **ผู้ติดต่อหลัก (Corresponding)** เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารพยาบาลและการศึกษา มีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ

- | | |
|-----------------|-------------------|
| ฉบับที่ 1 เดือน | มกราคม - มีนาคม |
| ฉบับที่ 2 เดือน | เมษายน - มิถุนายน |
| ฉบับที่ 3 เดือน | กรกฎาคม - กันยายน |
| ฉบับที่ 4 เดือน | ตุลาคม - ธันวาคม |

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ **หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น**



เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านขึ้นไป ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษา ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน หรือ 3 ท่าน (ตามประสงค์ที่ท่านเลือกจำนวนผู้ทรงฯ) จึงจะได้รับการตีพิมพ์ **หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์**
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับบทความมายังวารสารการพยาบาลและการศึกษา ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK **ทั้งบทความ**

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

—————> การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)



ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

(enter ขนาด 15)



References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

Template บทความวิชาการ

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ^{ทั้งบทความ}

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

—————> การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)



References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น