



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

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

วารสารการพยาบาล และการศึกษา Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2567)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE



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



วารสารการพยาบาลและการศึกษา
Journal of Nursing and Education
ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการศึกษาพยาบาล ตลอดจนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีณาญจน์ คงสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.นภาฯ สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ อาจารย์ ดร.กัลลารงค์ วงศ์พิทักษ์ อาจารย์ ดร.อมาวาสี อัมพันธ์ศิริรัตน์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เพ็งใหญ่ อาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา อาจารย์ ดร.คาราวรรณ ร่องเมือง Mr.Patrick Wauters	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงคินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพระยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักวิชาการอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี		
กองจัดการ		
อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภา ไซตบั่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม		
เจ้าของ		
สถาบันพระบรมราชชนก		



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการกองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567) ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา



สารบัญ

บทความวิชาการ :

หลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์
เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566.....1

*Principles of Writing Works for the Competency Assessment of Teachers
Following the Guidelines for Teacher Quality Improvement to Promote Learning
Outcomes According to the Higher Education Qualification Standards of 2023*
เจตินภา แสงสว่าง, ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ

บทความวิจัย :

การพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ต่อการส่งเสริมผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช.....9

*Development of a 3-in-1 Nursing Skills Training Kit to Enhance Learning
Outcomes and Satisfaction among First-Year Nursing Students at Boromrajonnani
College of Nursing Nakhon Si Thammarat*

จามจุรี แซ่หลู่, กนกรัตน์ จิตรา, ชุตินันท์ โปศรี, ชนภภัทรนันท์ ชนะมี, ชนัญชิดา หนูแสง,
โชติมาภรณ์ ปานแก้ว, ญาณวดี รัตนพันธ์, ญาณิศา ขวัญน้อย, จิตติภรณ์ สุขพร้อม, ณฐาปักษ์ ชูแก้ว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม

จังหวัดพัทลุง.....23

*Factors Associated with Receiving Long-Term Care among Elderly People in
Pa Phayom District, Phatthalung Province*

สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, ณัฐกานต์ นิลอ่อน, กวินธิดา จีนเมือง

การพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน.....38

Development of a New Palliative Care App in Community

วรัญญา จิตรบรรทัด, กรวรรณ สืบสม, จิราพร วัฒนศรีสิน

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยง

โควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย.....50

*Management of Covid-19 in Border Provinces of Southern Thailand: The Roles of
Health Professionals in the Primary Healthcare System*

ดวงใจ เปี้ยนบำรุง, วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, ปริญญ ชัยกองเกียรติ, อัจฉรา มุสิกวัฒน์,
คอลิด ครุพันธ์, ฟูสนีย์ แก้วมณี, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา, พิชญ์ชญาวิชญ์ เรืองเรืองกุลฤทธิ,
นุศรา ดาวโรจน์, อนุชิต คลังมัน



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน.....64

Effect of the Motivation Enhancing Program on Foot Complication Prevention Behaviors Among Uncontrolled Diabetic Persons in Communities

อุมาพร นกแพทย์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี

สถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้.....79

Violence Affecting the Nursing Performance in Provincial Hospitals of Southern Thailand: A Study on Causes and Impacts

กฤษณา ลังขมุณีจินดา, รุ่งนภา จันทรา, พรรษา หวานบุญ, จารุวัฒน์ ลำลีพันธ์, รชยา ยิกุลสังข์, พลซ เพ็งแก้ว

หลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์
เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566
Principles of Writing Works for the Competency Assessment of Teachers Following
the Guidelines for Teacher Quality Improvement to Promote Learning Outcomes
According to the Higher Education Qualification Standards of 2023

เจตินภา แสงสว่าง^{1*}, ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ²

Juadnapa Sangsawang^{1*}, Lalitwadee Techakampholsarakit²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

²Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: March 12, 2024; Revised: November 4, 2024; Accepted: November 12, 2024)

บทคัดย่อ

มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาถือเป็นองค์กรที่สำคัญในการเป็นแหล่งรวมของผู้เชี่ยวชาญและองค์ความรู้ในศาสตร์แขนงต่าง ๆ อันเป็นรากฐานของการพัฒนาบุคลากรที่มีคุณภาพออกสู่สังคม มุ่งพัฒนาองค์กรให้ตอบสนองต่อความต้องการของเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อย่างไรก็ตามพื้นฐานของการพัฒนาทั้งหมดล้วนเริ่มต้นจากคุณภาพการจัดการเรียนการสอนที่ดีและมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างบุคลากรสายวิชาการขององค์กรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งในเชิงวิชาการและศาสตร์ด้านการสอน จึงเป็นภารกิจที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในปัจจุบันการขอรับการประเมินประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 โดยมีองค์ประกอบและสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดการศึกษา คือ การออกแบบหลักสูตร การออกแบบการจัดการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ กลยุทธ์การสอน การวัดและประเมินผลการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์ ซึ่งถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการช่วยเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพของบุคลากรสายวิชาการให้มีทักษะความเป็นอาจารย์มืออาชีพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแนวทางให้อาจารย์ในสังกัดสถาบันอุดมศึกษานำหลักการการเขียนไปประยุกต์ใช้ในการเขียนผลงานของตนเอง

คำสำคัญ: กรอบมาตรฐานวิชาชีพด้านการสอน การประเมินสมรรถนะอาจารย์ การเขียนผลงาน

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding e-mail: juadnapasangsawang@gmail.com)

Abstract

Universities and other higher education institutions are fundamental organizations that notably serve as source of experts and scientific knowledge across various disciplines. They form the foundation for developing high-quality personnel to contribute to society, and aim to evolve in response to the country's economic and social demands. However, the basis for all development begins with effective and efficient teaching and learning management. Enhancing academic personnel within institutions to become experts in both academic disciplines and teaching methodologies has become an essential mission nowadays. The evaluation of faculty competencies under the framework for developing faculty quality to promote the achievement of learning outcomes according to the 2023 Higher Education Qualifications Standard is a crucial process. This includes aspects such as curriculum design, instructional design, learning management, teaching strategies, and the measurement and evaluation of learning outcomes. These components serve as a strategic approach to improving and developing academic personnel such as professional educators to possess and master the necessary skills. This article aimed to present principles for writing works to seek faculty competency evaluation under the framework for developing faculty quality to enhance the achievement of learning outcomes as per the 2023 Higher Education Qualifications Standard. It serves as a guideline for faculty members in higher education institutions to apply these principles in producing their own academic works.

Keyword: Professional Standards Framework, Teacher Competency Evaluation, Academic Writing

บทนำ

ภารกิจหลักที่มหาวิทยาลัยจะต้องปฏิบัติ มี 4 ประการ คือ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ปัจจุบันมีปัจจัยภายในและภายนอกหลายประการที่ทำให้การประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการ หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการคือ มหาวิทยาลัยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความมั่นใจให้แก่สังคม ว่าสามารถพัฒนาองค์ความรู้และผลิตบัณฑิตที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันระดับสากล การพัฒนาภาคการผลิตจริงทั้งอุตสาหกรรมและบริการ การพัฒนาอาชีพ คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ระดับท้องถิ่นและชุมชน สิ่งเหล่านี้จะสามารถเกิดขึ้นได้นั้น อาจารย์จะต้องมีสมรรถนะด้านการจัดการเรียนการสอนสู่อาจารย์มืออาชีพตามกรอบมาตรฐานสมรรถนะอาจารย์ระดับอุดมศึกษา (Professional Standard Framework) เป็นที่ประจักษ์ เพื่อเป็นการรับรองว่าอาจารย์สามารถจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาอย่างมีคุณภาพและบัณฑิตที่จบการศึกษาไปจะเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพมีศักยภาพตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ (Academic and International Development Department Faculty Development Center Suranaree University of Technology, 2024) ซึ่งทางสถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2566 – 2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในเป้าประสงค์ที่ 2 อาจารย์มีสมรรถนะในการจัดการเรียนรู้ตามมาตรฐานสากล อาจารย์จำเป็นต้องผ่านการประเมินตามกรอบมาตรฐานสมรรถนะอาจารย์ระดับอุดมศึกษา (Professional Standard Framework) ซึ่งในแต่ละปีของคณะพยาบาลศาสตร์มีการตั้งเป้าของตัวชี้วัดตามปีงบประมาณ โดยร้อยละของอาจารย์ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2567 - 2570 จะต้องมียอดร้อยละ 25, 35, 45 และ 50 ตามลำดับ ดังนั้นการกำหนดการพัฒนาตนเองให้ผ่านการประเมินตามกรอบมาตรฐานสมรรถนะอาจารย์ระดับอุดมศึกษาในด้านการเรียนการสอนเป็นหนึ่งในภาระงานของอาจารย์

(Praboromarajchanok Institute Wisdom for Community, 2023) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566

การประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 (Thailand-PSF)

สมาคมเครือข่ายพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย (ควอท) ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ฝึกอบรม พัฒนาคุณภาพอาจารย์ และรับรองสมรรถนะอาจารย์ด้านการจัดการเรียนการสอนตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 จากสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นหน่วยงานกลางในการกำกับดูแลสถาบันอุดมศึกษา เนื่องจากได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาให้มีสมรรถนะด้านการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ มีการสอนรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย อาจารย์จำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องไปกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก

แนวทางการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์ความรู้ (Knowledge) ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

- 1.1 ความรู้ในศาสตร์สาขาวิชา
- 1.2 ความรู้ในศาสตร์การสอนและการเรียนรู้

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะ (Competencies) ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

- 2.1 ออกแบบและวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.2 ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.3 เสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน
- 2.4 วัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน พร้อมทั้งสามารถให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสร้างสรรค์

องค์ประกอบที่ 3 ค่านิยม (Values) ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

- 3.1 คุณค่าในการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3.2 ดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอาจารย์

คุณภาพการจัดการเรียนการสอนในแต่ละองค์ประกอบข้างต้น กำหนดให้มีระดับของคุณภาพของแต่ละองค์ประกอบจำนวน 4 ระดับดังนี้ ระดับที่ 1 ครูที่มีคุณภาพ (Beginner/Fellow Teacher) ระดับที่ 2 ครูที่เกื้อกูลเพื่อนร่วมวิชาชีพให้เป็นครูที่มีคุณภาพ (Competent/Professional Teacher) ระดับที่ 3 ครูที่สร้างครูที่มีคุณภาพในองค์กร (Proficient/Scholarly) และระดับที่ 4 ครูที่เป็นผู้นำในการพัฒนาวิชาชีพครูในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ (Mastery Teacher) (Professional and Organizational Development Network of Thailand Higher Education, 2024)

ซึ่งในบทความวิชาการฉบับนี้ผู้เขียนนำเสนอหลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์เพื่อส่งเสริมการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2566 ในระดับที่ 2

หลักการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Knowledge)

1.1 ความรู้ในศาสตร์สาขาวิชาของตน ในการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ ในองค์ประกอบด้านความรู้ในศาสตร์สาขาวิชาของตน ควรมีการอธิบายแนวคิดและหลักการสำคัญของทฤษฎีการจัดการเรียนการสอนที่นำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อการเชื่อมโยงหัวข้อการสอนและรูปแบบ

กิจกรรมการเรียนการสอนได้อย่างเป็นระบบตามแนวคิดและหลักการทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ มีการติดตามองค์ความรู้ที่ทันสมัยวิเคราะห์และนำมาใช้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในแต่ละวิธีจำเป็นต้องนำความรู้ที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่เพื่อนอาจารย์ในสาขาวิชาหรือในหน่วยงาน อาจมีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนร่วมกับเพื่อนร่วมงานในสาขาวิชา เพื่อให้ได้วิธีการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมกับผู้เรียน

1.2 ความรู้ในศาสตร์การสอนและการเรียนรู้ มีการอธิบายจิตวิทยาการเรียนรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้โดยอธิบายสิ่งที่เป็เหตุเอื้อให้เกิดการเรียนรู้กับผู้เรียนไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านผู้เรียน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ระบุวิธีการจัดการเรียนรู้และวิธีวัดและประเมินผลที่เหมาะสมกับผลการเรียนรู้และกลุ่มผู้เรียน สามารถอธิบายผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนจะได้รับ มีการเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการเรียนรู้ว่ามีความเหมาะสมกับลักษณะผู้เรียนและผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดอย่างไร มีการวิเคราะห์ภูมิหลังและศักยภาพของผู้เรียน เช่น การจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับมาก่อน ผู้เรียนมีความรู้ะไรมาก่อน ผู้เรียนศึกษาในลักษณะหลักสูตรที่เป็นแบบใด เป็นต้น นอกจากนี้สามารถแนะนำและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการเรียนรู้และการวัดและประเมินผลแก่เพื่อนอาจารย์ในสาขาวิชาหรือในหน่วยงาน อาจมีการวางแผนการจัดการเรียนรู้ร่วมกันกับผู้สอนในสาขาวิชา

2. องค์ประกอบด้านสมรรถนะ (Competencies)

2.1 การออกแบบและวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนการสอนจำเป็นต้องมีกระบวนการวางแผนในการออกแบบการเรียนการสอน (Instructional Design) (Chaisiri & Vanichwatanavorachai, 2022) โดยในหัวข้อนี้ จำเป็นต้องเขียนแสดงให้เห็นถึงการประเมินการออกแบบการจัดการเรียนรู้และการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยการประเมินและการวิเคราะห์ว่าจะมีการออกแบบและวางแผนการจัดการเรียนรู้อย่างไร ร่วมกันกับอาจารย์ในสาขาวิชา ซึ่งอาศัยหลักการวิเคราะห์แบบเป็นระบบ (System Approach) เพื่อช่วยให้การออกแบบการเรียนการสอนมีคุณภาพ (Jiraphutthakorn, 2022) ดังนี้ 1) วิเคราะห์ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นเป้าหมายสำคัญ แสดงให้เห็นว่า ผู้สอนออกแบบการจัดการเรียนรู้ต้องพิจารณาผลการเรียนรู้ในหลักสูตรอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การเลือกวิธีการจัดการเรียนรู้และกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ที่กำหนดในหลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017) 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ ภูมิหลังของผู้เรียนว่าผู้เรียนมีองค์ความรู้รับยอดต่อมาจากศาสตร์วิชาใด และการออกแบบการเรียนการสอนในครั้งนี้จะส่งต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ไปสู่ศาสตร์วิชาใด สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน อุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอนว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอในการนำมาใช้กับการจัดการเรียนรู้หรือไม่ รวมไปถึงมีการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้หรือไม่ เจตคติและความสามารถของผู้เรียน (Jiraphutthakorn, 2022) 3) วิเคราะห์และเลือกวิธีการจัดการเรียนรู้ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับหลักสูตรและผลการเรียนรู้ที่กำหนด ระดับของผู้เรียน รวมไปถึงให้เหมาะสมกับลักษณะรายวิชา เพื่อให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญาและจิตใจในกิจกรรมการเรียนการสอน (Sukphom, 2024)

2.2 การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและการเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน การจัดการเรียนการสอนหรือการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การจัดการเรียนรู้แบบระดมสมอง (Brainstorming) การจัดการเรียนรู้แบบเน้นปัญหา/โครงการ/กรณีศึกษา (Problem/Project-based Learning/Case Study) การจัดการเรียนรู้แบบแสดงบทบาทสมมุติ (Role Playing) การจัดการเรียนรู้แบบแลกเปลี่ยนความคิด (Think – Pair – Share) การจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนความคิด (Student’s Reflection) การจัดการเรียนรู้แบบตั้งคำถาม (Questioning-based Learning) การจัดการเรียนรู้แบบใช้เกม (Games-based Learning) เป็นต้น (Chaisiri & Vanichwatanavorachai, 2022) ในการเขียนบรรยายแสดงการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้แบบ Active Learning ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องแสดงให้เห็นถึงการกำกับดูแลและติดตามพัฒนาการการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างเป็นระบบ มีการใช้นวัตกรรมหรือ

ความคิดสร้างสรรค์ในการจัดการเรียนรู้ รวมไปถึงมีการแนะนำแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แก่เพื่อนอาจารย์ในสาขาวิชาหรือในหน่วยงาน ขึ้นดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบ Active Learning ประกอบไปด้วย ดังนี้ 1) เขียนแสดงให้เห็นว่าเลือกประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ไปกับนวัตกรรมจัดการการเรียนรู้ หรือการจัดการเรียนรู้แบบใด ยกตัวอย่างทฤษฎีการคิดแก้ปัญหาอนาคตของทอแรนซ์ (Torrance's Future Problem Solving Model) เป็นทฤษฎีที่มุ่งให้ผู้เรียนรู้จักการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กล้าคิด กล้าแสดงออก จะช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของตนเองอย่างเต็มที่ โดยกระบวนการความคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียนแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การรับรู้ถึงความผิดปกติในสถานการณ์แต่ยังไม่ทราบสาเหตุ การค้นพบปัญหา (Problem Finding) พิจารณาความผิดปกตินั้นด้วยสติ จนสามารถเข้าใจถึงว่า นั่นคือปัญหา การค้นพบแนวคิด (Idea Finding) เมื่อทราบปัญหาแล้ว ก็เกิดการตั้งสมมติฐาน ตลอดจนรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อทำการทดสอบความคิดนั้น การค้นพบคำตอบ (Solution Finding) เป็นขั้นตอนที่พยายามทำการทดสอบสมมติฐานนั้น จนสามารถพบคำตอบ การยอมรับผลจากการค้นพบ (Acceptance Finding) เมื่อพบคำตอบแล้ว ยอมรับคำตอบที่ค้นพบเผยแพร่ และคิดต่อไปว่า การค้นพบนี้จะนำไปสู่หนทางที่จะทำให้เกิดแนวคิดหรือสิ่งใหม่ต่อไปอีก ทฤษฎีการเรียนรู้ในกระบวนการเช่นนี้ สามารถจัดรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในผู้เรียนที่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้ออกแบบสิ่งประดิษฐ์หรือนวัตกรรมทางการพยาบาล (Chaisiri & Vanichwatanavorachai, 2022) นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีการเรียนรู้อื่น ๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบเชิงรุก (Active Learning) เช่น ทฤษฎีเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike's Connected Theory) ทฤษฎีจัดกลุ่มเพื่อเรียนรู้ของกลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt) การกำหนดจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ของบลูม Advance Organizer เพื่อเรียนรู้อย่างมีความหมายของออสเชล ทฤษฎีพัฒนาการสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget) การสอนแบบค้นพบ (Discovery learning) ของ บรูเนอร์ (Bruner) (Group for supervision, monitoring and evaluation of educational management Secondary Educational Service Area Office 35, 2024) ทฤษฎีเงื่อนไขการเรียนรู้ของกานเย (Gagne) โครงสร้างทางสติปัญญาของกิลฟอร์ด (Guilford's Structure of Intellect Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivism) ทฤษฎีพหุปัญญาของการ์ดเนอร์ (Gardner) เป็นต้น (Ratchapakdee, Sehakom, Wonganusit, & Chamnankit, 2021) 2) การเขียนแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก (Active Learning) ร่วมกันกับอาจารย์ในสาขาวิชาหรือในหน่วยงาน การทำงานร่วมกันระหว่างทีมผู้สอนด้วยกัน อาจเป็นในรูปแบบของการบูรณาการตามกลุ่มเนื้อหาสาระการเรียนรู้ในวิชาต่างสาขาวิชา (Transdisciplinary) มาเชื่อมโยงกันหรือเกิดการสัมพันธ์กันภายใต้การต่อยอดการจัดการเรียนรู้ ยกตัวอย่าง การบูรณาการการทำงานร่วมกันของอาจารย์ในศาสตร์การสรางนวัตกรรมทางการพยาบาล ร่วมกับการพยาบาลขั้นพื้นฐาน เพื่อนำนวัตกรรมไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วย การบูรณาการภายในกลุ่มการเรียนรู้ (Intradisciplinary Integration) เป็นการนำเนื้อหาสาระการเรียนรู้ในวิชาเดียวกันหรือกลุ่มสาระการเรียนรู้เดียวกัน มาเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กันภายใต้หัวเรื่อง (Theme) เดียวกันในการจัดการเรียนรู้ 3) อาจารย์ในสาขาวิชาเดียวกัน จะต้องเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ อาจเป็นในรูปแบบการจัดการประชุมการสัมมนาวิชาการ

2.3 การเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน ในระหว่างการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผู้สอน จะต้องอธิบายถึงการมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียน ร่วมกันในรูปแบบของความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน แสดงให้เห็นว่าในขณะที่ผู้สอนกำลังจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก (Active Learning) ผู้สอนสามารถทำหน้าที่บทบาทการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเองหรือไม่

2.4 การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน พร้อมทั้งสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นการแสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 กับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก (Active Learning) ซึ่งกระบวนการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนจะต้องมีความสอดคล้องกับผลการเรียนรู้ที่กำหนดในหลักสูตรและกำหนดตามระดับชั้นปีของผู้เรียน ซึ่งจะประกอบไปด้วย

การประเมินผลย่อย (Formative Assessment) และการประเมินผลสรุป (Summative Assessment) การประเมินผลย่อย เป็นการประเมินผลระหว่างการจัดการเรียนรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาผู้เรียน โดยกระบวนการประเมินผลย่อยจะต้องเป็นกระบวนการสะท้อนคิดตัวผู้เรียนอย่างแท้จริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีจุดที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาในส่วนใดบ้าง และผู้สอนสามารถนำข้อมูลนั้นมาพัฒนาปรับปรุง เพื่อพัฒนาผลการเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีผลลัพธ์ที่ดีตามที่กำหนดไว้ การประเมินผลสรุป จัดกระทำเมื่อสิ้นสุดกระบวนการจัดการเรียนรู้ วัตถุประสงค์เพื่อตัดสินคุณภาพว่าผู้เรียนได้ผลการเรียนรู้เป็นไปตามผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนหรือไม่ (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017) แนวทางการประเมินจะเป็นในรูปแบบการสอบให้คะแนนและการตัดเกรด ในรูปแบบนี้มุ่งไปที่การจำแนกระดับสติปัญญาของผู้เรียนเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้มุ่งในการส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดี แตกต่างจากการประเมินผลย่อยที่มุ่งการพัฒนาศักยภาพผู้เรียนเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้สอนควรมีกระบวนการวัดผลทั้ง 2 แบบในการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียน เป็นการวิเคราะห์สิ่งที่กระทำและผลที่เกิดขึ้น รวมถึงสิ่งที่พัฒนาต่อไป

3. องค์ประกอบด้านค่านิยม (Values)

3.1 การพัฒนาตนเองในวิชาชีพ อาจารย์อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมและการอุทิศตน กับการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์ในระดับชาติ หรือนานาชาติ อาจมีการเข้าร่วมเป็นวิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน หรือการบรรยายประสบการณ์การจัดการเรียนรู้ และสามารถเป็นผู้ชี้แนะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์ในระดับชาติหรือนานาชาติให้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ

3.2 อารมณ์ไวซึ่งจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอาจารย์ อธิบายถึงการพัฒนาตนเองทางด้านความรู้การจัดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อาจอยู่ในรูปแบบการเข้าร่วมประชุม การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร นอกจากนี้ควรเป็นแบบอย่างที่ดีปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยอธิบายถึงจรรยาบรรณที่ได้ประพฤติปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จในการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์

1. บทบาทของผู้บริหาร

1.1 วางแผนเชิงกลยุทธ์การพัฒนา กำหนดการประเมินสมรรถนะอาจารย์ไว้ในแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก โดยมีการกำหนดเป้าประสงค์ที่ 2 ในการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ให้มีสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2566 – 2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อใช้พัฒนาสมรรถนะอาจารย์ด้านการจัดการเรียนการสอนสู่อาจารย์มืออาชีพ และใช้ประกอบการบริหารบุคลากรสายวิชาการ เช่น การประเมินการปฏิบัติงานของอาจารย์ การสร้างเส้นทางความก้าวหน้า (Career Path) ใช้อ้างอิงในการกำหนดคุณสมบัติอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ใช้ในการประเมินการจัดการเรียนการสอนในองค์ประกอบคุณภาพของการประกันคุณภาพการศึกษาระดับหลักสูตร ใช้ในการประเมินผลการสอนในการขอตำแหน่งทางวิชาการ เป็นต้น (Praboromarajchanok Institute Wisdom for Community, 2023)

1.2 ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากรสายวิชาการขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2566 – 2567 ทางทีมผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก มีการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากรสายวิชาการขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์มาอย่างต่อเนื่อง

1.3 ขับเคลื่อนโครงการพัฒนา โดยกำหนดโครงการรองรับการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ เช่น โครงการการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอน โครงการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนแบบมืออาชีพ (THPSF) ทั้งในระดับวิทยาลัยพยาบาลและระดับเครือข่าย (Praboromarajchanok Institute Wisdom for Community, 2023)

1.4 เสริมสร้างบรรยากาศในองค์กรให้เห็นถึงประโยชน์ของการประเมินสมรรถนะอาจารย์ บรรยายภาพและวัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการช่วยสร้างกรอบการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรโดยรวมให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในการที่จะพัฒนาศักยภาพการเป็นอาจารย์มืออาชีพ การกระตุ้นให้มีความสำคัญส่งเสริมและจัดกิจกรรมให้กับอาจารย์ที่สนใจ ให้กำลังใจ จัดการแข่งขันเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของผู้สอนและมอบรางวัลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Sriwichai, Buranachart, Noparak, & Gunma) และเชิดชูเกียรติสมรรถนะคณาจารย์ในมหาวิทยาลัย (Wiwithkhunakorn, 2022)

1.5 การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี และมีจริยธรรมที่เหมาะสมกับความเป็นครูอย่างสม่ำเสมอ ที่ทำให้เกิดความเลื่อมใสศรัทธาและถือเป็นแบบอย่างแก่บุคลากรในองค์กรสถาบันการศึกษา (Wiwithkhunakorn, 2022)

2. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในตนเอง แรงจูงใจภายในที่ต้องการทำงาน เป็นความต้องการที่มาจากความปรารถนาของตนเองเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่ต้องการทำงานนั้น ๆ ให้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยตนเอง จากการมีกรอบความคิดแบบพัฒนาได้ (Growth Mindset) เป็นวิธีคิดที่เชื่อว่าทักษะและความรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้ ผ่านการเรียนรู้และการพยายามฝึกฝน ไม่มีอะไรที่อยู่เหนือความพยายามและความตั้งใจ (Adecco Thailand, 2024)

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual Help) และการให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual Support) ในการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (Active Learning) ในหมู่บุคลากรสายวิชาการ โดยมีหลักสำคัญว่า องค์กรจะมีผลสัมฤทธิ์สูงได้ก็ต่อเมื่อทุกระบวนกรของการความต้องการภายในองค์กรได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน นี้อาจแสดงออกทางพฤติกรรมได้หลายลักษณะ เช่น ความเต็มใจรับฟังผู้อื่น การให้การยอมรับนับถือ ยกย่อง การให้ข้อมูลย้อนกลับบวก และยอมรับฟังข้อคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความจริงใจในการทำงาน เป็นต้น

สรุป

กรอบมาตรฐานสมรรถนะอาจารย์ระดับอุดมศึกษา (Professional Standard Framework) ถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการช่วยเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพของบุคลากรสายวิชาการให้มีทักษะความเป็นอาจารย์มืออาชีพ ที่สามารถแสวงหาการออกแบบการจัดการเรียนการสอน กลยุทธ์การสอน การวัดและประเมินผลการเรียน การสอนอย่างสร้างสรรค์ และถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ตนมีสู่ลูกศิษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการมีกรอบมาตรฐานวิชาชีพด้านการสอนยังสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากรสายวิชาการระดับอุดมศึกษาที่มีมาตรฐานการสอนทัดเทียมกับสากล โดยอาจารย์ในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาต้องมุ่งเน้นการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบเชิงรุก ลดบทบาทการสอนด้วยการบอกเล่า มีกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีรูปแบบหลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีความหมายได้ด้วยตนเอง แล้วสามารถนำผลงานการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกเข้ารับการยื่นขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ด้านการเรียนการสอนจากสมาคมเครือข่ายการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย (ควอท) ได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำไปใช้เป็นแนวทางในการเขียนผลงานเพื่อขอรับการประเมินสมรรถนะอาจารย์ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาจารย์ให้กับอาจารย์ระดับอุดมศึกษาในสังกัดพระบรมราชชนกและสังกัดอื่น ๆ
2. นำไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในตนเองต่อการทำงานด้านการจัดการเรียนการสอน

References

Academic and International Development Department Faculty Development Center Suranaree University of Technology. (2024). *Thailand PSF Network (hosted by SUT)*. Retrieved February 16, 2024 from <https://sites.google.com/g.sut.ac.th/thailand-psf-networksut>. (in Thai)

- Adecco Thailand. (2024). *What is a Growth Mindset*. Retrieved February 16, 2024 from <https://adecco.co.th/th/knowledge-center/detail/career-advice/what-is-growth-mindset>. (in Thai)
- Chaisiri. K. & Vanichwatanavorachai. S. (2022). Instructional design by using creativity-based learning to promote creative thinking skills of nurse students. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*, 5(2), 5-18. (in Thai)
- Group for supervision, monitoring and evaluation of educational management Secondary Educational Service Area Office 35. (2024). *Proactive Learning Management Approach [Active Learning] Active Learning Supervision Project using Guidance and Mentoring Processes*. Retrieved February 16, 2024 from <http://www.sesalpglpn.go.th/wp-content/uploads/2019/12/book10-62.pdf>. (in Thai)
- Jiraphutthakorn. W. (2022). *Competencies of School Administrator and Quality of Work Life of Teacher under Bangkok Metropolitan Administration Northern Krungthong Group*. Department of Educational Administration Graduate School, Silpakorn University. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute Wisdom for community. (2023). *Strategic plan Development of the Praboromarajchanok Institute Wisdom for community 2023 - 2027, revised edition, fiscal year 2024*. Praboromarajchanok Institute Wisdom for community. (in Thai)
- Professional and Organizational Development Network of Thailand Higher Education. (2024). *Guide for Requesting Teacher Competency Assessments According to the Guidelines for Promoting Quality Teaching and Learning Arrangements for Teachers in Higher Education Institutions*. Retrieved February 16, 2024 from https://www.thailandpod.org/doc/thailand_PSF. (in Thai)
- Ratchapakdee, P., Sehakom, V., Wonganusit, V., & Chamnankit, P. (2021). Education for sustainable development among nursing students. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(3), 484-500. (in Thai)
- Sriwichai. P., Buranachart. S., Noparak. S., & Gunma. N. (2023). A model for developing efficiency related to sustainability among nursing instructors in colleges under Praboromarajchanok institute. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(1), 1-13. (in Thai)
- Sukphom. S. (16 February 2024). *Proposal Form for Receiving an Award for Best Practices (Best Practice) at the Education Area Level Academic year 2020, Secondary Educational Service Area Office 12 Nakhon Si Thammarat Province*. Retrieved February 16, 2024 from https://www.thaischool1.in.th/_files_school/80100922/workteacher/80100922_1_20201020-083540.pdf. (in Thai)
- Suwanjaroen. J., Sarakshetrin. A., & Malai. C. (2017). Teaching models to enhance the 21st century skills for bachelor's degree nursing students. *Nursing Journal*, 44(4), 177-188. (in Thai)
- Wiwitkhunakorn, S. (2022). Developing professional academic competencies of lectures' Rajabhat university. *Journal of Research and Development Institute Rajabhat Maha Sarakham University*, 9(2), 39-60. (in Thai)

การพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ต่อการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
Development of a 3-in-1 Nursing Skills Training Kit to Enhance Learning Outcomes
and Satisfaction among First-Year Nursing Students at Boromrajonnani College
of Nursing Nakhon Si Thammarat

จามจุรี แซ่หลู่¹, กนกรัตน์ จิตรา^{1*}, ชุตินันท์ โบศรี¹, ชนกภัทรนันท์ ชนะมี¹, ชนัญชิตา หนูแสง¹, โชติมาภรณ์ ปานแก้ว¹,
ญาณวดี รัตนพันธ์¹, ญาณิศา ขวัญชัย¹, ฐิติภรณ์ สุขพร้อม¹, ณฐาปักษ์ ชูแก้ว¹

Jamjuree Saeloo¹, Kanokrat Jitra^{1*}, Chutinan Bosri¹, Chanokphatthanan Chanamee¹,
Chananchida Nuseng¹, Chotimaporn Pankaew¹, Yanawadee Rattanaphan¹,
Yanisa Kwannai¹, Thitiphon Sukprom¹, Nathaphat Chukaew¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: July 31, 2024; Revised: October 31, 2024; Accepted: December 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมฝึกทักษะ การเจาะเลือด ให้สารน้ำและให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา 2) เพื่อพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะฯ การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ โดยทบทวนวรรณกรรม 2) พัฒนาชุดฝึกทักษะฯ ด้วยการบูรณาการองค์ความรู้จากการทบทวน วรรณกรรมและการวิจัยระยะที่ 1 และทดลองใช้ และ 3) ศึกษาประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึก ทักษะฯ กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 45 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้แบบ ประเมินทักษะการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า CVI .90, 1, 1 ตามลำดับ แบบทดสอบ มีค่าความยากง่าย .33 - .80 และมีอำนาจในการจำแนก .29 - .43 ส่วนแบบประเมินทักษะการปฏิบัติมีค่าความน่าเชื่อถือระหว่าง ผู้สังเกต .80 วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Paired T-Test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมฝึกทักษะการเจาะเลือดให้สารน้ำและให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา พบว่ามีข้อจำกัดคือหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ไม่เหมือนของจริง ผิวหนังมีความหนาเกินไป ไม่มีแรงดันเลือดเหมือนจริง ข้อเสนอแนะควรเพิ่มความยืดหยุ่นและขนาดของหลอดเลือดให้เหมือนจริง มีระบบแจ้งเตือนเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีคู่มือการใช้งาน

2. ชุดฝึกทักษะฯ ที่พัฒนา ประกอบด้วย ชุดวิดีโอที่ใช้สำหรับเรียนรู้ หุ่นแขนเสมือนจริงพร้อมฐานรอง เสาคอนกรีต ขวดใส่เลือดเทียมและกล่องใส่อุปกรณ์สำหรับการฝึกทักษะ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติ ก่อนและหลังการฝึก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -16.397, t = -6.700$ และ $p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ) และความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะฯ อยู่ในระดับมากที่สุด

ดังนั้นจึงควรนำชุดฝึกทักษะฯ ไปใช้ในการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีความรู้และทักษะการเจาะ เลือด ให้สารน้ำและให้ยาทางหลอดเลือดดำ

คำสำคัญ: ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ นวัตกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanokrat@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the current state of innovation in skills training for venipuncture, intravenous fluid, and intravenous medication administration, 2) develop a 3-in-1 nursing skills training kit, and 3) evaluate the effectiveness and satisfaction on quality of new training kit. The research was conducted in three phases: 1) situation analysis (reviewing relevant literature to explore the current state of skills training innovation), 2) development (integrated knowledge from the literature review and the findings of the first phase to create and trial the training kit), and 3) evaluation (assessment of effectiveness and satisfaction) among 45 first-year nursing students. The research instruments were knowledge tests, practical skills assessment forms, and a satisfaction evaluation form. The research instruments' content validity were examined using CVI, yielding values of 0.90, 1, and 1, respectively. The knowledge test had item difficulty ranging from .33 to .80 and a discrimination index between .29 and .43. Reliability score of the practical skills evaluation form (inter-observer reliability) was .80. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The results were as follows.

1. Existing innovations for training in blood sampling, intravenous fluid, and medication administration had limitations, including unrealistically large blood vessels, overly thick synthetic skin, and the absence of realistic blood pressure feedback. Recommendations included improving flexibility and vessel size to resemble real anatomy, adding an alert system for errors, and providing a user manual.

2. The developed kit included instructional videos, a realistic arm model with a base, a stand for fluid bags, artificial blood containers, and an equipment box for skills practice.

3. In terms of the effectiveness and satisfaction evaluation, a statistically significant improvement in knowledge and practical skills was observed before and after training ($t = -16.397$, $t = -6.700$, $p\text{-value} < .001$). The satisfaction with quality of new training kit was rated at a very high level.

Therefore, the 3-in-1 nursing skills training kit is recommended for teaching and learning to enhance students' knowledge and skills in venipuncture, intravenous fluid administration, and intravenous medication administration.

Keywords: 3-in-1 Nursing Skills Training Kit, Nursing Students, Innovation

บทนำ

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 หมวด 4 กำหนดไว้ว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด (National Education Act B.E., 1999) กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติ ให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดสื่อกิจกรรมและอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้หรือสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นในตนเอง ด้วยการลงมือปฏิบัติจริงผ่านสื่อหรือกิจกรรมการเรียนรู้ ที่มีครูผู้สอนเป็นผู้แนะนำ กระตุ้น หรืออำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนพัฒนาพฤติกรรม การเรียนรู้ เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ การจัดการเรียนรู้แบบเน้นผู้เรียน

เป็นสิ่งสำคัญมีหลายวิธี แต่ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อหลายโรค เช่น ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) เป็นวิธีการที่จำเป็นและนำมาใช้มากขึ้น เนื่องจากผู้เรียนไม่สามารถเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มได้ (Office of the Basic Education Commission, 2020) ประกอบกับในยุคปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีสูงมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการช่วยให้การเรียนรู้ง่ายขึ้น การเรียนรู้จึงไม่จำเป็นต้องจัดให้เกิดเฉพาะในชั้นเรียนเท่านั้น แต่สามารถจัดให้เกิดขึ้นได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา

แนวความคิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมีที่มาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ Knowles (1975) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความรับผิดชอบและควบคุมตนเองในการเรียนรู้ได้อย่างอิสระ มีการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การเรียนรู้ เลือกวิธีการเรียนรู้ รวบรวม สรุปความรู้ โดยมีครูเป็นผู้จัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม สื่อการเรียนรู้ และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้ และจัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับยุคที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เหมาะสมกับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา และเหมาะกับการเรียนรู้ในวิชาชีพพยาบาล เพราะองค์ความรู้ด้านสุขภาพมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ที่มีส่วนทำให้ผู้เรียนต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Namdej, 2014) ข้อดีของการเรียนรู้ด้วยตนเองคือ ทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้น มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ในสิ่งที่อยากเรียน โดยไม่มีการบังคับ ทำให้ผู้เรียนจดจำความรู้และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและใช้ได้ในระยะยาว (Knowles, 1975) การเรียนรู้ด้วยตนเองจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองจากความบังเอิญ หากบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) และ 3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Psychomotor Domain) การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจ แล้วได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น (Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl, 1956)

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาแรกที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้เทคนิคการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงในสถานบริการสุขภาพ การจัดการศึกษาจะให้นักศึกษาเรียนภาคทฤษฎีพร้อมกับมีการทดลองปฏิบัติในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง แต่จากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษามีจำนวนมาก อุปสรรคในการฝึกปฏิบัติมีราคาแพง มีจำนวนไม่เพียงพอ อุปกรณ์บางอย่างไม่สามารถให้ยืมไปฝึกปฏิบัติได้ ทำให้นักศึกษามีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติน้อย เมื่อต้องไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง นักศึกษาจึงไม่มั่นใจในการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการฉีดยา การให้สารน้ำและการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และมีแนวคิดที่ว่าถ้าสามารถจัดสื่อการเรียนการสอนที่มีคุณภาพที่ให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและได้ลงมือฝึกปฏิบัติ จะเป็นการให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ด้วยตนเองจากการกระทำ ซึ่งเดล (Edgar Dale) เชื่อว่าสามารถช่วยให้ผู้เรียนจดจำขั้นตอนจนปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 90 (Choeychom & Rujiwatthanakorn, 2015) จากการศึกษาพบว่าหากมีหุ่นฝึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณแขน ที่ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ สามารถทำให้นักศึกษาเกิดทักษะการเรียนรู้ได้จริง มีความมั่นใจมากขึ้นก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนผู้ป่วย และเกิดความตระหนักถึงความปลอดภัย ความสุขสบายของผู้ป่วย (Nontaput & Chotiban, 2021)

จากการทบทวนการพัฒนาหุ่นแขนจำลองเพื่อฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า มีจุดเด่นคือ นักศึกษาสามารถฝึกทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ แต่มีจุดอ่อนคือ เมื่อสัมผัสแล้วหุ่นแขนจำลองมีความยืดหยุ่นของเนื้อแขนไม่มากพอที่จะใกล้เคียงกับลักษณะแขนจริง ไม่มีการไหลย้อนกลับของเลือดเมื่อแทงเข็มเข้าทางหลอดเลือดดำ กายวิภาคของแขนไม่ชัดเจนทำให้มองเห็นหลอดเลือดได้ยาก และไม่มีคู่มือการใช้งาน

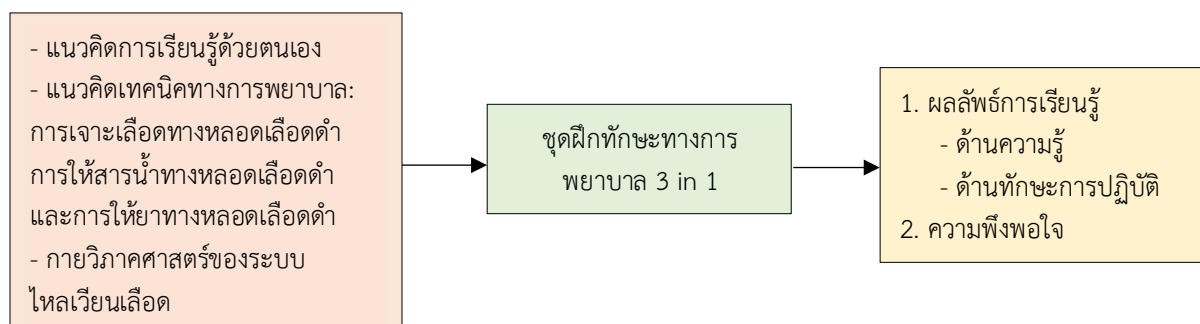
และวิธีการปฏิบัติทักษะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ที่สามารถฝึกปฏิบัติได้ทั้ง 3 ทักษะ คือ ทักษะการเจาะเลือด การให้สารน้ำและการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือให้มีความเสมือนจริง สามารถเห็นกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหุ่นฝึกชัดเจน มีสื่อการเรียนรู้ สำหรับการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด ชุดฝึกมีขนาดเล็กสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทุกที่ ทุกเวลา พกพาสะดวก ซึ่งการวิจัยนี้จะทำให้ได้ชุดฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จนเกิดความมั่นใจในฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมการฝึกทักษะการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา
2. เพื่อพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้ 1) แนวคิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) ของ Knowles (1975) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้ริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาจได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ก็ได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ ตั้งเป้าหมาย ระบุแหล่งความรู้ เลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการเรียนรู้ และประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ซึ่ง Dale (1969) เชื่อว่า ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ด้วยตนเองจากการฝึกฝน และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จึงพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 2) แนวคิดเทคนิคทางการพยาบาลทั้ง 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Senadisai & Prapaipanich, 2017) และ 3) กายวิภาคศาสตร์ของระบบไหลเวียนเลือด เพื่อพัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 เป็น box set สำหรับการฝึกปฏิบัติการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ทำให้นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติได้มากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมการฝึกทักษะการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ด้วยการกำหนดกรอบคำในการสืบค้นตามหลักเกณฑ์ของ PICO และสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล ThaiJO, Google Scholar, Thailist และ CINAHL Complete หลังจากนั้นนำเอกสารที่ได้มาตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาค้นคว้าตามประเด็นดังต่อไปนี้ รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมประสิทธิภาพของนวัตกรรม ข้อดี และข้อจำกัดของนวัตกรรม และข้อเสนอแนะในการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

1. นำแนวคิดเทคนิคทางการพยาบาลทั้ง 3 ทักษะ ได้แก่ การเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ และความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ของระบบไหลเวียนเลือดมาจัดทำชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 เป็น box set หุ่นแขนจำลองแบบพกพาที่มีความเสมือนจริง ดังภาพ



ภาพ 2 ร่าง Box Set หุ่นแขนจำลองแบบพกพาที่มีความเสมือนจริง

2. นำชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 5 คน และตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

3. ผู้วิจัยสรุปความคิดเห็นต่อชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นจากการทดลองใช้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การไหลของเลือดมีการไหลที่ไม่ต่อเนื่องเพราะมีฐานรองอยู่ในระนาบที่ไม่เหมาะสม 2) ตัวกล่องที่ทำจากสแตนเลสเมื่อใส่หุ่นและอุปกรณ์สำหรับฝึกทักษะทั้ง 3 ทักษะแล้ว จะทำให้มีน้ำหนักมาก ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย 3) หุ่นแขน ลักษณะและผิวสัมผัสยังไม่เสมือนจริง และ 4) เอกสารคู่มือการปฏิบัติทักษะการพยาบาลทั้ง 3 ทักษะ เป็นเอกสารสำหรับอ่านทำให้ไม่เห็นภาพว่าวิธีการฝึกปฏิบัติต้องทำอะไร และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ได้แก่ 1) ปรับฐานในการรองหุ่นแขนให้เหมาะสมเพื่อให้มีการไหลของเลือดได้อย่างต่อเนื่อง 2) ปรับน้ำหนักของกล่องเมื่อใส่หุ่นแขนและอุปกรณ์แล้วไม่ควรมีน้ำหนักมากเกินไป สะดวกในการเคลื่อนย้าย และกล่องใส่อุปกรณ์สำหรับการฝึกปฏิบัติควรทำเป็นช่องสำหรับใส่อุปกรณ์ 3) ปรับหุ่นแขนให้มีความเสมือนจริงมากขึ้น และ 4) คู่มือการฝึกปฏิบัติควรทำเป็นวิดีโอเพื่อให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

4. ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 45 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.5 (Cohen, 1977) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้แบ่งกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 160 คน ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2566 คือ 1) กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 2.20 - 2.99 2) กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 3.00 - 3.49 และ 3) กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 3.50 - 4.00 และจับสลากแบบใส่คืน กลุ่มละ 15 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 2) สามารถเข้าร่วมปฏิบัติได้ทุกขั้นตอนของการทดลองและการทำแบบทดสอบ ส่วนคุณสมบัติของการคัดออก คือ ไม่สามารถปฏิบัติตามการเรียนรู้ตามที่กำหนดได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ

2.2 แบบทดสอบความรู้ เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นแบบวัดความรู้แบบถูกผิด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 (18 - 23 คะแนน) และระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 17 คะแนน)

2.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ เป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 21 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ดี (2) ปฏิบัติได้ปานกลาง (1) ปฏิบัติไม่ได้ (0) สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนในแต่ละทักษะ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติได้ดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (34 - 42 คะแนน) ปฏิบัติได้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 (26 - 33 คะแนน) และปฏิบัติได้น้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (1 - 25 คะแนน)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 7 ข้อ มีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คิดจากคะแนนสูงสุด 5 ลบด้วยคะแนนต่ำสุด 1 ทหารด้วย 5 โดยค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (Srisaard, 2012)

3. เครื่องมือที่ใช้ติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกการปฏิบัติ เป็นแบบบันทึกจำนวนครั้งในการปฏิบัติแต่ละทักษะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการเรื่องเทคนิคทางการพยาบาลและการปฏิบัติเทคนิคทางการพยาบาล พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ .90, 1.00, 1.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้ไปให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เป็น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทำแบบทดสอบ วิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ได้เท่ากับ .33 - .80 และ อำนาจในการจำแนก (Discrimination) ได้เท่ากับ .29 - .43 สำหรับแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ได้นำไปทดลอง ประเมินโดยให้ผู้ประเมิน 2 ราย ประเมินนักศึกษาคนเดียวกัน จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความน่าเชื่อถือ ระหว่างผู้สังเกต (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โดยมีการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด

3. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงกิจกรรมในการเข้าร่วมวิจัย เวลาที่ใช้ในการมีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในประเด็นที่สงสัยเพิ่มเติมได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอม

ขั้นทดลอง

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมกันทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนเรียนรู้ด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอนพร้อมทั้งสาธิตการเจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ 1 ครั้ง หลังจากนั้นได้มีการนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย มาปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลพร้อมทั้งประเมินทักษะการปฏิบัติก่อนการเรียนรู้ด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

2. หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างไปเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจากวิดีโอ ซึ่งจัดทำไว้เป็นคู่มือที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าไปแสกนเพื่อเรียนรู้ได้ จากนั้นให้ฝึกปฏิบัติทักษะการเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ด้วยตนเอง ทักษะละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งบันทึกจำนวนครั้งของการปฏิบัติในแบบบันทึก

ขั้นประเมินผล

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ครบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ ประเมินความพึงพอใจ และประเมินการฝึกปฏิบัติทั้ง 3 ทักษะอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการตอบแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการปฏิบัติ โดยการใช้สถิติ Dependent T Test ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า Shapiro-Wilk ของคะแนนทักษะการปฏิบัติ และคะแนนความรู้ เท่ากับ .057, .131 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ E-08/2566 คณะผู้ทำวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการขออนุญาตทำการศึกษาและได้รับการยินยอมให้ทำการศึกษาได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประโยชน์ของการศึกษา และยินดีในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและจัดเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาและสรุปผลการวิจัยเป็นรูปเล่มเรียบร้อย ผู้วิจัยดำเนินการทำลายแบบสอบถามทั้งหมดและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมของการศึกษา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมการฝึกทักษะการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมการฝึกทักษะการเจาะเลือด การให้สารน้ำและการให้ยาทางหลอดเลือดดำ 7 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบงานวิจัยและพัฒนา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการทบทวนผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1.1 รูปแบบการพัฒนานวัตกรรม มีการออกแบบโดยใช้วัสดุอย่างพารา (Nontaput & Chotiban, 2021) หรือซิลิโคน (Nantsupawat, Viseskul, Sawasdisingha, Auephanwiriyaikul & Yimyam, 2022) เพื่อให้มีลักษณะภายนอกที่ใกล้เคียงกับแขนมนุษย์ ทั้งในเรื่องของผิวหนังที่ยืดหยุ่น สีที่เหมือนจริง (Nantsupawat, Viseskul, Sawasdisingha, Auephanwiriyaikul & Yimyam, 2022) จัดวางตำแหน่งหลอดเลือดตามหลักกายวิภาคศาสตร์ ให้มีเลือดไหลในหลอดเลือด (Nontaput & Chotiban, 2021) โดยใช้หลักแรงโน้มถ่วงเพื่อให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดดำ เช่นเดียวกับมนุษย์ อีกทั้งมีการปรับขนาดให้เหมาะสมกับการใช้งานจริง (Bannaasan, 2017) ทำให้มีน้ำหนักน้อยสามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย พกพาสะดวก

1.2 ประสิทธิภาพของนวัตกรรม นวัตกรรมหุ่นแขนสำหรับฝึกทักษะมีประสิทธิภาพและความพึงพอใจที่สูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนวัตกรรมสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน และช่วยเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในการปฏิบัติจริง เช่น การให้สารน้ำและการฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง (Nontaput & Chotiban, 2021) ทำให้ผู้ที่มีความพึงพอใจสูง ราคาประหยัด และมีระบบการไหลเวียนเลือดที่คล้ายธรรมชาติ (Taleh, Arong, Nilah, Hayee-abdulramea, Dueloh, Poh-adik, et al., 2021)

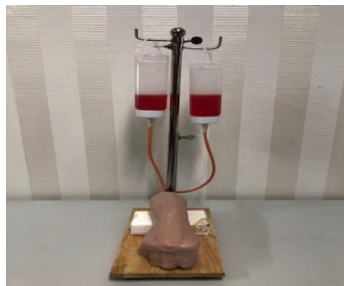
1.3 ข้อดีและข้อจำกัดของนวัตกรรม พบว่า หุ่นมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผิวหนังมนุษย์ ช่วยให้ผู้เรียนฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายจากหุ่นจำลองราคาแพง วัสดุที่ใช้เป็นซิลิโคนที่มีความยืดหยุ่น คล้ายคลึงกับผิวหนังจริง รูปร่างและสีของหุ่นจำลองมีลักษณะเหมือนจริง มีหลอดเลือดและการไหลของเลือดที่เหมือนกับมนุษย์ (Ponganusorn, Srisawang, Jittitaworn, Chooprom, Yodchai & Choowong, 2024) แต่มีข้อจำกัด คือ หลอดเลือดมีขนาดใหญ่ไม่เหมือนของจริง ผิวหนังมีความหนาเกินไป ไม่มีแรงดันเลือดเหมือนแรงดันที่อยู่ในหลอดเลือดของมนุษย์

1.4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป ควรเพิ่มความยืดหยุ่น ขนาดและลักษณะของหลอดเลือดให้ใกล้เคียงกับมนุษย์มากขึ้น รวมถึงความลึกและการโป่งพองของหลอดเลือด ควรมีการสร้างระบบแรงดันเลือดเพื่อให้การเจาะเลือดเหมือนจริงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการใช้เทคโนโลยีแจ้งเตือนเมื่อการเจาะเลือดถูกต้องหรือตำแหน่งไม่ถูกต้อง และควรมีการจัดทำคู่มือการใช้งานที่เข้าใจง่ายเพื่อช่วยผู้ใช้งานในการเรียนรู้และฝึกทักษะ เพื่อให้หุ่นมีประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียนการสอนและการฝึกฝน อีกทั้งควรนำหุ่นแขนไปใช้ในการสอนและให้ผู้เรียนฝึกทบทวนได้ด้วยตนเอง

2. ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1



ภาพ 3 ชุดวิดีโอที่ใช้สำหรับเรียนรู้



ภาพ 4 หุ่นแขนเสมือนจริง พร้อมฐานรองแขน เสาค้ำแขวนขวด และขวดใส่เลือดเทียม



ภาพ 5 กล่องใส่อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกทักษะ

ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ประกอบด้วย 1) ชุดวิดีโอที่ใช้สำหรับเรียนรู้ 4 เรื่องคือ วิธีการใช้อุปกรณ์ที่อยู่ในชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล วิธีการและขั้นตอนการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ วิธีการและขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และวิธีการและขั้นตอนการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ซึ่งทำเป็น QR Code แสดงไว้ที่ชุดฝึกทักษะให้ผู้เรียนสามารถสแกนเพื่อใช้ในการเรียนรู้ (ภาพ 3) 2) หุ่นแขนเสมือนจริง พร้อมฐานรองแขน

เสาที่แขวนขวด และขวดใส่เลือดเทียม (ภาพ 4) และ 3) กล่องใส่อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกทักษะ ที่ทำจากไม้และมีการแบ่งเป็นช่อง ๆ สำหรับเก็บอุปกรณ์ (ภาพ 5)

3. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.6 และส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.2

3.2 ประสิทธิภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

3.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังได้รับการฝึกด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ และทักษะพิสัยก่อนและหลังการใช้ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ($n = 45$)

ผลลัพธ์การเรียนรู้	คะแนนก่อนเรียน		คะแนนหลังเรียน		t	p -value
	M	SD	M	SD		
ด้านความรู้	16.26	2.18	24.47	2.50	- 16.397	<.001
ด้านทักษะพิสัย	19.27	8.27	32.18	6.00	- 6.700	<.001

จากตาราง 1 พบว่าหลังจากการเรียนรู้ด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ความรู้และทักษะการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการฝึกด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2.2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ การใช้ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ($n = 45$)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
ความเหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้	4.31	0.56	มากที่สุด
วัสดุมีความแข็งแรงทนทาน	4.38	0.61	มากที่สุด
ความเสมือนจริง	4.22	0.58	มากที่สุด
สามารถพกพาได้สะดวก	4.24	0.91	มากที่สุด
มีความเหมาะสมของรูปร่าง ขนาด	4.51	0.55	มากที่สุด
มีความสะดวกในการใช้งาน	4.49	0.59	มากที่สุด
มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.57	0.55	มากที่สุด
รวม	4.42	0.49	มากที่สุด

จากตาราง 2 คะแนนความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 คะแนนความพึงพอใจส่วนภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.42$, $SD = 0.49$) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้จริง ($M = 4.57$, $SD = 0.55$) รองลงมาคือรูปร่างและขนาดมีความเหมาะสม ($M = 4.51$, $SD = 0.55$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความเสมือนจริง ($M = 4.22$, $SD = 0.58$)

การอภิปรายผล

สถานการณ์การพัฒนานวัตกรรมฝึกทักษะการเจาะเลือด การให้สารน้ำและการให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา พบว่า มีข้อจำกัดคือหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ไม่เหมือนของจริง ผิวหนังมีความหนาเกินไป ไม่มีแรงดันเลือดเหมือนแรงดันที่อยู่ในหลอดเลือดของมนุษย์ และควรปรับให้ความยืดหยุ่น ขนาดของหลอดเลือด ระบบแรงดันเลือด

ให้เสมือนจริง และควรมีคู่มือการใช้งาน เนื่องจากนวัตกรรมฝึกทักษะการเจาะเลือด การให้สารน้ำและการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ถือว่าเป็นสื่อการเรียนการสอนอย่างหนึ่งที่เป็นตัวกลางในกระบวนการเรียนการสอนโดยช่วยนำความต้องการของผู้สอนไปสู่ตัวผู้เรียนได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามจุดมุ่งหมายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และถ้าสื่อที่ใช้เป็นหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงก็จะช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติที่มีคุณภาพ เกิดความมั่นใจ เพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย (Sittipakorn, 2018)

ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) ชุดวิดีโอที่ใช้สำหรับเรียนรู้ 2) หุ่นแขนเสมือนจริง พร้อมฐานรองแขน เสาที่แขนขด และขดใส่เลือดเทียม และ 3) กล้องใส่อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกทักษะ ซึ่งส่วนประกอบทั้ง 3 ส่วน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านความรู้และทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากชุดวิดีโอที่ใช้สำหรับเรียนรู้ได้ทำเป็น QR Code สำหรับให้ผู้เรียนสามารถสแกนและเข้าถึงเนื้อหาผ่านสื่อวิดีโอได้โดยตรง ซึ่งวิดีโอมีเนื้อหาที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการและเทคนิคในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล พร้อมภาพเคลื่อนไหวที่จำลองสถานการณ์จริงและเสียงบรรยายประกอบ ช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาและกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้เรียนยังสามารถรับชมวิดีโอซ้ำได้ตามต้องการ เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา การฝึกฝนและทำความเข้าใจซ้ำ ๆ ช่วยเสริมสร้างทักษะและเพิ่มความเข้าใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Senngam, Limtasopon, & leuangkittikong (2021) ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้อินเทอร์เน็ตช่วยสอนเสริมเรื่องการบริบาลในเด็ก ในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริบาลในเด็กและทักษะปฏิบัติการบริบาลในเด็กของนักศึกษากลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้อินเทอร์เน็ตในการสอนมีผลทางบวกในการเพิ่มความรู้และทักษะในกระบวนการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากที่ได้เรียนรู้จากชุด วิดีโอ ก็ไปเรียนรู้ด้านทักษะการปฏิบัติจากหุ่นแขนที่มีการออกแบบให้มีลักษณะผิวหนังที่ยืดหยุ่นและสีที่เหมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนสามารถฝึกทักษะได้ใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริง และตำแหน่งของหลอดเลือดที่จัดวางตามหลักกายวิภาคศาสตร์ทำให้การฝึกมีความแม่นยำและสมจริงมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการออกแบบยังคำนึงถึงความสะดวกในการพกพาเพื่อให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติได้ทุกที่ ทุกเวลา

ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเรียนรู้ด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ และด้านทักษะการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ แต่หลังการเรียนรู้ด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง และด้านทักษะการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยอาจารย์เป็นผู้จัดสื่อการเรียนการสอนให้ และอำนวยความสะดวกในการให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองสามารถส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่ Knowles (1975) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่เหมาะสมให้มากขึ้นในตัวผู้เรียน เพราะเมื่อใดก็ตามที่ผู้เรียนมีใจรักที่จะศึกษาค้นคว้าตามความต้องการ ก็จะเกิดการศึกษาต่อเนื่องโดยไม่ต้องบอก มีแรงกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้อยากเห็นไม่สิ้นสุด และสามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learner) สำหรับผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นหลังจากได้ฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเองเนื่องจากได้ลงมือปฏิบัติจริงจะทำให้เรียนรู้และจดจำขั้นตอนของการปฏิบัติได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดกรวยประสบการณ์ของ Dale (1969) ที่เชื่อว่าการมีประสบการณ์จริงในการลงมือปฏิบัติสามารถช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำขั้นตอนจนปฏิบัติได้ ส่วนผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะปฏิบัติที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากการปฏิบัติการให้สารน้ำ การเจาะเลือด และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ นอกจากจะให้ความสำคัญกับขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องแล้ว ต้องมีความถูกต้องในเรื่องของการปนเปื้อน (Contamination) ด้วย โดยส่วนใหญ่ นักศึกษาที่ไม่ได้คะแนนด้านทักษะการปฏิบัติในระดับสูงเพราะปฏิบัติในเรื่องการระวังการปนเปื้อนไม่ถูกต้องที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาฝึกกับหุ่นซึ่งไม่มีชีวิต นอกจากนี้ในบทเรียนในวิดีโอได้มีเนื้อหาที่เน้นการระวังการปนเปื้อนที่ชัดเจน จึงทำให้นักศึกษาไม่เกิดความตระหนักในการปฏิบัติ

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังการฝึกด้วยชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 มีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ และด้านทักษะปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 มีส่วนประกอบทั้งวิดีโอที่ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ทฤษฎี และขั้นตอนของการปฏิบัติ และมีหุ่นจำลองที่เสมือนจริงให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจริง ๆ หลังจากที่ได้เรียนรู้จากวิดีโอ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการนำมาใช้ในการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Bannaasan (2017) ที่ได้ศึกษาการประดิษฐ์หุ่นแขนผู้ใหญ่น้ำหนัก 5 กิโลกรัม เพื่อฝึกการเจาะเลือดและการเปิดหลอดเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเจาะเลือดและทักษะการเปิดเส้นเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังการฝึกทักษะโดยใช้หุ่นแขนผู้ใหญ่น้ำหนัก 5 กิโลกรัมสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ผลความพึงพอใจต่อคุณภาพของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ได้มีการพัฒนาทั้งในส่วนของหุ่นแขนที่มีลักษณะเสมือนจริง สามารถแสดงหลอดเลือดที่หลังมือได้ชัดเจน และเมื่อคลำหลอดเลือดจะให้ความรู้สึกที่สัมผัสได้มีลักษณะเหมือนจริง เมื่อเจาะเข้าไปในหลอดเลือด เลือดสามารถไหลออกมาได้จริง และสามารถเคลื่อนย้ายไปฝึกที่ไหนก็ได้ และสามารถประกอบได้ง่าย พร้อมทั้งในชุดฝึกดังกล่าวมีวิดีโอให้นักศึกษาศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองได้ประกอบกับการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nantsupawat, Viseskul, Sawasdisingha, Auephanwiriyakul, & Yimyan (2022) ที่พบว่าคุณภาพของหุ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ ลักษณะรูปร่างสัดส่วน และสีที่เหมาะสม สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chotiban, Nawsuan, Nontaput & Rodniam (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับนวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาชุดหุ่นช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากสถาบันการศึกษาพยาบาลในเขตภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนของหุ่นแขนฝึกให้สารน้ำและฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง นักศึกษามีความพึงพอใจต่อคุณภาพหุ่นแขนฝึกให้สารน้ำและฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความสะดวกในการเคลื่อนย้าย ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความคงทนถาวร อีกทั้งจากการศึกษาของ Nontaput & Chotiban (2021) ศึกษาการพัฒนาวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน พบว่าความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกในการแทงเข็มให้สารน้ำมีค่าคะแนนความพึงพอใจมากกว่าหุ่นแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนวัตกรรมหุ่นฝึกสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนในความเหมือนทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์สามารถนำชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ไปใช้ในการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลได้ หรือให้นักศึกษานำไปใช้ในการฝึกซ้อมด้วยตนเองจะให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น และเพื่อให้สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นควรมีการเพิ่มบทเรียนในวิดีโอให้มีเนื้อหาที่เน้นการระวังการปนเปื้อนที่ชัดเจน จะทำให้นักศึกษาเกิดความตระหนักในการปฏิบัติได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้และการปฏิบัติของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ด้วยวิธีการวิจัยเชิงกึ่งทดลองชนิดศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนทดลองและหลังทดลอง เพื่อยืนยันผลของชุดฝึกทักษะทางการพยาบาล 3 in 1 ได้ชัดเจนมากขึ้น

References

- Bannaasan, B. (2017). Portable adult arm model for nursing students' venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(3), 38-49. (in Thai)
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw Hill.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Choeychom, S., & Rujiwatthanakorn D. (2015). The use of an innovative arm mode in practicing an intravenous infusion procedure of nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(3), 395-407. (in Thai)
- Chotiban, P., Nawsuwan, K., Nontaput, T., & Rodniam, J. (2013). Innovation of assisted models for practicing basic nursing skills. *Princess of Narathiwat University Journal*, 5(3), 1-12. (in Thai)
- Cohen J. (1977). *Statistical Power for the Behavioral Sciences* (2nd ed). New York: Academic Press.
- Dale, E. (1969). *Audio Visual Method in Teaching* (4th ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston
- Knowles, M. (1975). *Self-Directed Learning*. New York: Association Press.
- Office of the Basic Education Commission. (2020). *Managing Distance Education Using Educational Technology During the COVID-19 Pandemic* [Online]. Retrieved September 1, 2021, from <https://www.obec.go.th/archives/483155> (in Thai)
- Namdej, N. (2014). Self-directed learning. *Thai Dental Nurse Journal*, 25(2), 27-38. (in Thai)
- Nantsupawat, A., Viseskul, N., Sawasdisingha, P., Auephanwiriyaikul, S., & Yimyam, S. (2022). The development of an intravenous injection arm model. *Nursing Journal*, 49(3), 311-323. (in Thai)
- National Education Act B.E. (1999). *Thai Government Gazette, Royal Decree Edition*, 116(74), 1-23. (in Thai)
- Nontaput, T. & Chotiban P. (2021). Intravenous venipuncture: New development in training on arm manikin. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 49-60. (in Thai)
- Ponganusorn, K., Srisawang, J., Jittitaworn, W., Chooprom, N. C., Yodchai, K., & Choowong, J. (2024). Nursing lecturer's satisfaction with the use of rubber manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 44(2), 53-62. (in Thai)
- Senadisai, S. & Prapaipanich. (2017). *Basic Nursing, Concepts and Practices*. Judthong Printing Company. (in Thai)
- Senngam, K., Limtasopon, D., & leuangkittikong, T., (2021). Academic achievement and students' satisfaction towards the use of video "Medication Administration for Children" to supplement teaching in nursing laboratory, Ransit university. *Journal of Rangsit University: Teaching & Learning*, 15(1), 30-48. (in Thai)

- Sittipakorn, S. (2018). *Effects of Learning Management Using Virtual Reality Models on Self-Confidence and Satisfaction of Third-Year Nursing Students, Faculty of Nursing, Mahasarakham University*. The 14th Mahasarakham University Research, 50 years of Mahasarakham University, the wise should live for the public. Mahasarakham, Thailand. (in Thai)
- Srisaard, B. (2012). *Research for Teacher*. Bangkok: Suveriyasan. (in Thai)
- Taleh, P., Arong, N., Nilah, S., Hayee-abdulramea, N., Dueloh, F., Poh-adik, S., et al. (2021). Efficiency of glove collection for practicing intravenous in second year nursing student princess of Naradhiwas university. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 1(3), 62- 77. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในอำเภอบำเพ็ญ จังหวัดพัทลุง
Factors Associated with Receiving Long-Term Care among Elderly People
in Pa Phayom District, Phatthalung Province

สมเกียรติยศ วรเดช¹, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ¹, ณัฐกานต์ นิลอ่อน¹, กวินธิดา จินเมือง^{1*}
Somkiattiyos Woradet¹, Bhunyabhadh Chaimay¹, Nattakan Nin-on¹, Kawintida Jeenuang^{1*}

¹คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

¹Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

(Received: July 24, 2024; Revised: December 2, 2024; Accepted: December 5, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอบำเพ็ญ จังหวัดพัทลุง จำนวน 1,692 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2561 โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร คุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการได้รับการดูแลระยะยาว เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 และความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตัวแปรตาม คือ การได้รับการดูแลระยะยาว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ต้องได้รับการดูแล กลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มต้องได้รับการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและถดถอยพหุตัวแปรโลจิสติกชนิดข้อมูลลำดับ ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสได้รับการดูแลระยะยาว 1.39 เท่า ($OR_{adj} = 1.39, 95\%CI: 1.13 - 1.70$) ขณะที่ผู้สูงอายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสได้รับการดูแลระยะยาว 1.64 และ 3.68 เท่า ($OR_{adj} = 1.64, 95\%CI: 1.31 - 2.05$; $OR_{adj} = 3.68, 95\%CI: 2.76 - 4.09$) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในกลุ่มแม่บ้านและเกษตรกรมีโอกาสได้รับการดูแลระยะยาวลดลงร้อยละ 57 และ 49 ($OR_{adj} = 0.43, 95\%CI: 0.32 - 0.59$; $OR_{adj} = 0.51, 95\%CI: 0.40 - 0.64$) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสได้รับการดูแลระยะยาว 1.89 เท่า ($OR_{adj} = 1.89, 95\%CI: 1.54 - 2.33$) ส่วนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงมีโอกาสได้รับการดูแลระยะยาวลดลงร้อยละ 22 ($OR_{adj} = 0.78, 95\%CI: 0.62 - 0.96$)

จากผลการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ครอบคลุมด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการลดอุปสรรค รวมถึงการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี และการสนับสนุนอาชีพเพื่อลดการดูแลระยะยาวในอนาคต

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุ คุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kawintida.j@tsu.ac.th)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to explore the factors associated with long-term care needs in elderly people in a rural district of Phatthalung Province of Southern Thailand. The study sample included 1,692 participants, aged 60 years and older. Data collection was conducted from January to March 2018, using interviews to gather information on demographic characteristics, self-esteem, self-care behaviors, and long-term care needs. The research instruments were reviewed for content validity by three experts, yielding a content validity index (CVI) ranging from 0.66 to 1.00. Reliability scores of self-esteem and self-care behavior questionnaires were 0.87 and 0.85, respectively. The dependent variable for long-term care needs was classified into three categories: 1) no care required, 2) monitoring required, and 3) care required. Data analysis utilized descriptive statistics and ordinal logistic regression.

The findings identified several significant factors associated with long-term care needs. Female elderly individuals were 1.39 times more likely to require long-term care ($OR_{adj} = 1.39$, 95% CI: 1.13 – 1.70). Those aged 70 – 79 and 80 years or older had 1.64 and 3.68 times higher likelihoods, respectively, of requiring long-term care ($OR_{adj} = 1.64$, 95% CI: 1.31 – 2.05; $OR_{adj} = 3.68$, 95% CI: 2.76 – 4.09). Elderly individuals engaged in homemaking or agricultural work were 57% and 49% less likely, respectively, to require long-term care ($OR_{adj} = 0.43$, 95% CI: 0.32 – 0.59; $OR_{adj} = 0.51$, 95% CI: 0.40 – 0.64). Those with chronic illnesses were 1.89 times more likely to need long-term care ($OR_{adj} = 1.89$, 95% CI: 1.54 – 2.33), while individuals with higher levels of self-care behavior were 22% less likely to require long-term care ($OR_{adj} = 0.78$, 95% CI: 0.62 – 0.96).

This study suggests that promoting self-care behaviors in elderly individuals should be a priority for health promotion professionals. Areas of focus include nutrition, emotional well-being, physical activity, medication adherence, environmental health management, and reducing harmful habits. Special attention should be given to monitoring those aged 70 and older, as well as providing occupational support, to mitigate future long-term care needs.

Keywords: Long Term Care, Elderly People, Self-esteem, Self-care Behavior

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ พบว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2593 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า (จากร้อยละ 12 เป็น ร้อยละ 22) และคาดว่าจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2593 (426 ล้านคน) (World Health Organization, 2023) ทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก (586 ล้านคน) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป) มากถึง 70 ล้านคน (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2019) สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในอีก 9 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2574) ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด

(Super-aged Society) จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้มีผู้สูงอายุ “กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง” ประมาณร้อยละ 3 (หรือ 4 แสนคน) จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ 13 ล้านคน (Thai Health Promotion Foundation, 2022)

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาอย่างยั่งยืน และทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้น (Masaunjik, Yangkham, Chalermchit, Ruksasri, & Wanichkittikul, 2022) การที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงจากการเกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยตามธรรมชาติของร่างกาย โดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่ความพิการและทุพพลภาพ และทำให้มีความสามารถในการทำงานตามปกติลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลต่อภาวะจิตใจ และนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง (Ritthiti, 2021) นอกจากนี้ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การออมและการลงทุนของภาครัฐลดลง (Harnkiattiwong & Chobthamsakul, 2023) ดังนั้นการใช้ระบบดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุ (Long Term Care: LTC) จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากที่จะสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และรวมถึงการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Keawkam, 2024)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Muangsri & Sereethammaphithak, 2023) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หน่วยงานทางสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายชุมชน (Maneesuwan & Fongkerd, 2023) และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Thongngun, Tiraphat, & Sattayasomboon, 2024) ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าการรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและเห็นความสำคัญกับความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งยังรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม (Kunu, Wattana, & Vayachuta, 2024) และปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ โดยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสื่อด้านสุขภาพนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและมีสถานะสุขภาพที่ดีตามมา (Nunta, Chansrisukot, Suksamran, Wongweerapun, & Seedapeng, 2024) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นการตอบสนองความต้องการและได้รับกำลังใจเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น (Saengthongsuk & Kiengprasit, 2024) นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หากทราบถึงพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองดีขึ้น และเกิดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Suksing, Boonyakoson, & Phollabuth, 2024)

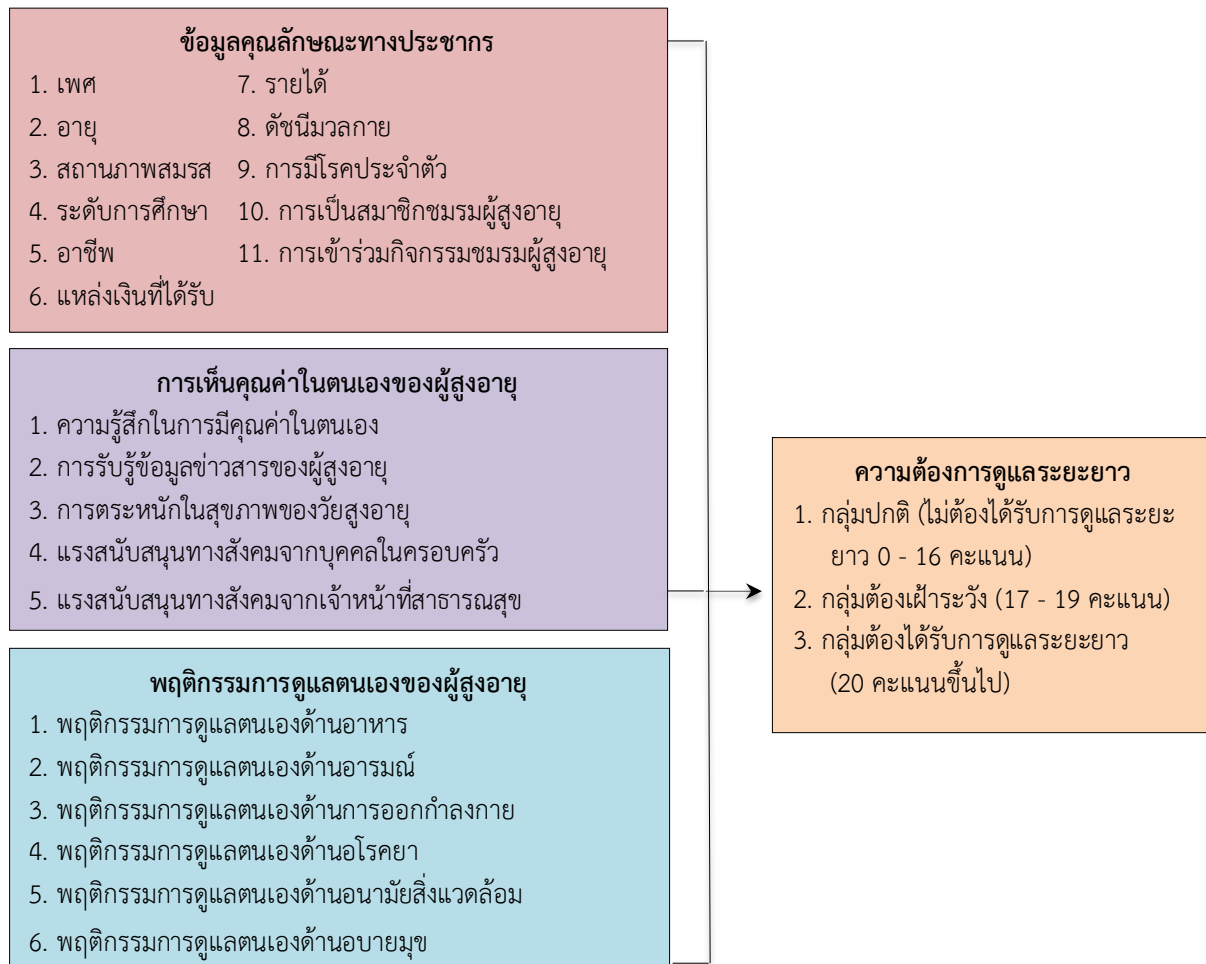
อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อจัดการและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวอย่างมีส่วนร่วม โดยศึกษาในบริบทพื้นที่ที่เป็นชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบทในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีความแตกต่างในเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และการเข้าถึงกิจกรรมของชุมชน จากปัญหาดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการส่งเสริมและจัดกิจกรรมและเพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพในการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คุณลักษณะทางประชากร 2) คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยกำหนดตัวแปรตาม คือ การได้รับการดูแลระยะยาว ตามแนวทางการคัดกรองพัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านพะยอม จังหวัดพัทลุง และขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จำนวน 4 ตำบล ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 4,574 คน (Ministry of Public Health, 2018) การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มพื้นที่ตำบล จำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลลานข่อย และตำบลบ้านพร้าว อำเภอบ้านพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 919 และ 1,177 คน ตามลำดับ รวมประชากรที่ทำการศึกษา

(Population of the Study) ทั้งหมดจำนวน 2,096 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและมีความสมบูรณ์ของการคัดกรองจำนวน 1,692 คน คิดเป็นร้อยละ 80.72

การศึกษาครั้งนี้ คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากการใช้สถิติ Logistic Regression Analysis (Hsieh, Mloch, & Larson, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความชุกของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุเท่ากับ 15.5 เท่า (Thai People's Health Survey Office, 2008) กำหนดค่า Alpha error เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ตามข้อเสนอแนะของ Cohen (1988) เท่ากับ 0.15 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 517 คน อย่างไรก็ตามเพื่อความแม่นยำในการศึกษา ดังนั้นการศึกษานี้จึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้จากการสุ่มพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง จำนวน 1,692 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งเงินที่ได้รับ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 2) แบบสัมภาษณ์คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยด้านความรู้สึกรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ การตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า 5 ตัวเลือก (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) จำนวน 79 ข้อ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) จำนวน 47 ข้อ ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย โรคภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข และ 4) แบบคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว เป็นแบบคัดกรองพัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำการคัดกรองโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว มีทั้งหมด จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสังคม ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบาง และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Ministry of Public Health, 2015) เปรียบเทียบค่าคะแนนที่ได้จากการคัดกรองกับเกณฑ์คะแนนทั้ง 5 ด้าน แปรผลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวออกเป็น 3 กลุ่ม โดยพิจารณาค่าคะแนน ดังนี้ 1) กลุ่มปกติ (ไม่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 0 - 16 คะแนน 2) กลุ่มต้องเฝ้าระวัง (17 - 19 คะแนน) 3) กลุ่มต้องได้รับการดูแลระยะยาว (20 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 สำหรับแบบสัมภาษณ์คุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยทีมวิจัยที่ได้รับการประชุมอบรมเกี่ยวกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้ทีมวิจัยมีการทดลองการสัมภาษณ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ การได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจกแจงนับ (Categorical Variable) ชนิดลำดับ 3 กลุ่ม (Polytomous Variable) จำแนกเป็นกลุ่มปกติ (0) กลุ่มต้องเฝ้าระวัง (1)

และกลุ่มต้องได้รับการดูแลระยะยาว (3) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุด้วยสถิติถดถอยพหุตัวแปรโลจิสติกชนิดข้อมูลลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติถดถอยพหุตัวแปรโลจิสติกชนิดข้อมูลลำดับ (Multiple Ordinal Logistic Regression Analysis) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากสมการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาคำสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratios: OR) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 (95 Percent Confidence Interval: 95%CI) การแปลผลค่า OR โดยพิจารณาค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลระยะยาว และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกันต่อการได้รับการดูแลระยะยาว

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ REC No. 006 ลงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	694	41.01
หญิง	998	58.98
อายุ (ปี)		
60 - 69	848	50.12
70 - 79	536	31.68
80 ปีขึ้นไป	308	18.20
$M = 71.15, SD = 8.25, Min = 60, Max = 102$		
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)		
ผอม (<18.5)	283	16.73
ปกติ (18.5 - 22.9)	759	44.86
เริ่มอ้วน (23 - 24.9)	274	16.19
อ้วน (>24.9)	376	22.22
$M = 22.41, SD = 4.00, Min = 14.00, Max = 30.94$		
สถานภาพสมรส		
โสด	43	2.54
สมรส	1,287	76.06
แยก/หย่า	23	1.36
หม้าย	339	20.04

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	108	6.38
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่4	443	26.18
จบชั้นประถมศึกษา	1,006	59.46
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่3	55	3.25
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.	51	3.01
อนุปริญญาหรือปวส.	6	0.35
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	1.36
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	633	37.41
แม่บ้าน	57	3.37
ค้าขาย	130	7.68
รับจ้าง	94	5.56
ข้าราชการบำนาญ	18	1.06
เกษตรกรกรรม	717	42.38
อื่น ๆ	43	2.54
รายได้		
ไม่เพียงพอ	645	38.12
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	791	46.75
เพียงพอและเหลือเก็บ	256	15.13
$M \pm SD$ (Min : Max)	3,266 $\pm$ 4,985.75 (600 : 100,000)	
ที่มาของรายได้		
จากตนเอง	940	55.56
จากบุคคลในครอบครัว	332	19.62
จากบุคคลอื่น	67	3.96
จากตนเองและบุคคลในครอบครัว	296	17.49
จากตนเองและบุคคลอื่น	12	0.71
จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น	36	2.13
จากตนเอง บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น	9	0.53
โรคประจำตัว		
ไม่มี	681	40.25
มี	1,011	59.75
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เป็นสมาชิก	980	57.92
เป็นสมาชิก	712	42.08
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (ครั้งต่อปี)		
ไม่เคยเข้าร่วม	1,140	67.38
1 - 3	351	20.74
4 - 6	100	5.91
7 - 9	16	0.95
10 - 12	55	3.25
13 - 15	30	1.77

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว		
ปกติ (ไม่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว)	967	57.15
ต้องเฝ้าระวัง	462	27.30
ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	263	15.54

ผลการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.98) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 50.12) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.15 ($SD = 8.25$) ปี ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.06) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 59.46) ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 42.38) มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.75) และมีรายได้จากตนเอง (ร้อยละ 55.56) ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 44.86) ประมาณ 2 ใน 3 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.75) ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 42.08) และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 33.25) สำหรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งต้องได้รับการดูแลระยะยาว (ร้อยละ 42.84) ได้แก่ กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 27.30 และต้องได้รับการดูแลระยะยาวร้อยละ 15.54 ดังแสดงในตาราง 1 ส่วนระดับการมีคุณค่าในตนเองพบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.16, $M = 253.30$, $SD = 30.51$) และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.97; $M = 143.85$, $SD = 13.56$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ตาราง 2 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของการ ได้รับการดูแลระยะยาว	OR (95%CI)	p-value
เพศ			<.001
ชาย	242 (34.87)	Ref.	
หญิง	483 (48.39)	1.67 (1.38 ถึง 2.03)	
อายุ (ปี)			<.001
60 - 69	262 (30.90)	Ref.	
70 - 79	255 (47.57)	2.00 (1.61 ถึง 2.48)	
80 ปี ขึ้นไป	208 (67.53)	5.68 (4.37 ถึง 7.39)	
ดัชนีมวลกาย			.090
ปกติ (น้อยกว่า 22.90)	459 (44.05)	Ref.	
ท้วม (23.00 - 24.90)	107 (39.05)	0.761 (0.59 ถึง 0.99)	
อ้วน (มากกว่า 25.00)	159 (42.29)	0.86 (0.69 ถึง 1.09)	
สถานภาพสมรส			<.001
สมรส	14 (032.56)	Ref.	
โสด	507 (39.39)	1.36 (0.72 ถึง 2.56)	
แยก/หย่า/ หม้าย	204 (56.35)	2.82 (1.46 ถึง 5.42)	
ระดับการศึกษา			<.001
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	61 (56.48)	Ref.	
ประถมศึกษา	618 (42.65)	0.55 (0.38 ถึง 0.80)	
สูงกว่าประถมศึกษา	46 (36.07)	0.36 (0.22 ถึง 0.59)	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของการ ได้รับการดูแลระยะยาว	OR (95%CI)	p-value
อาชีพ			<.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	373 (58.93)	Ref.	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/รับจ้าง/ ข้าราชการ บ้านาญ/บ้านเ็จ/อื่น ๆ	95 (31.77)	0.28 (0.21 ถึง 0.37)	
เกษตรกรรม	257 (33.82)	0.31 (0.25 ถึง 0.38)	
รายได้			.003
ไม่เพียงพอ	308 (47.75)	Ref.	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	315 (39.82)	0.72 (0.59 ถึง 0.89)	
เพียงพอและเหลือเก็บ	102 (39.84)	0.71 (0.53 ถึง 0.94)	
การมีโรคประจำตัว			<.001
ไม่มี	221 (32.45)	Ref.	
มี	504 (49.85)	2.05 (1.68 ถึง 2.50)	
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			.169
ไม่เป็น	399 (40.71)	Ref.	
เป็น	329 (45.79)	1.14 (0.95 ถึง 1.38)	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ			.467
เข้าร่วม	485 (42.54)	Ref.	
ไม่เข้าร่วม	240 (43.48)	0.93 (0.76 ถึง 1.13)	
การมีคุณค่าในตนเอง			.001
ปานกลาง	218 (46.04)	Ref.	
สูง	507 (41.52)	0.71 (0.58 ถึง 0.88)	
พฤติกรรมดูแลตนเอง			.033
ปานกลาง	386 (40.76)	Ref.	
สูง	339 (45.50)	1.23 (1.02 ถึง 1.48)	

จากตาราง 2 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม การมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชาย 1.67 เท่า ($OR = 1.67, 95\%CI: 1.38 - 2.03$) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 2.00 เท่า ($OR = 2.00, 95\%CI: 1.61 - 2.48$) และ 5.68 เท่า ($OR = 5.68, 95\%CI: 4.37 - 7.39$) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ในส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพแยก/หย่า และหม้าย มีโอกาสต่อการได้รับการดูแลระยะยาว 2.82 เท่า ($OR = 2.82, 95\%CI: 1.46 - 5.42$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ในส่วนระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา มีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.00 ($OR = 0.55, 95\%CI: 0.38 - 0.80$) และร้อยละ 64.00 ($OR = 0.36, 95\%CI: 0.22 - 0.59$) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และประกอบอาชีพอื่น ๆ มีโอกาสเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.00 ($OR = 0.28, 95\%CI: 0.21 - 0.37$) และร้อยละ 69 ($OR = 0.31, 95\%CI: 0.25 - 0.38$) ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 28.00 ($OR = 0.72, 95\%CI: 0.59 - 0.89$) และร้อยละ 29.00

(OR = 0.71, 95%CI: 0.53 - 0.94) ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 2.05 เท่า (OR = 2.05, 95%CI: 1.68 - 2.50) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยว่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางร้อยละ 29.00 (OR = 0.71, 95%CI: 0.58 - 0.88) และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยว่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง 1.23 เท่า เมื่อเทียบกับ (OR = 1.23, 95% CI: 1.02 - 1.48) อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ตาราง 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ			.002
ชาย	Ref.	Ref.	
หญิง	1.67 (1.38 ถึง 2.03)	1.39 (1.13 ถึง 1.70)	
อายุ (ปี)			<.001
60 - 69	Ref.	Ref.	
70 - 79	2.00 (1.61 ถึง 2.48)	1.64 (1.31 ถึง 2.05)	
80 ปี ขึ้นไป	5.68 (4.37 ถึง 7.39)	3.68 (2.76 ถึง 4.09)	
อาชีพ			<.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.	Ref.	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ	0.28 (0.21 ถึง 0.37)	0.43 (0.32 ถึง 0.59)	
บำนาญ/บำนาญอื่น ๆ			
เกษตรกรรม	0.31 (0.25 ถึง 0.38)	0.51 (0.40 ถึง 0.64)	
การมีโรคประจำตัว			<.001
ไม่มี	Ref.	Ref.	
มี	2.05 (1.68 ถึง 2.50)	1.89 (1.54 ถึง 2.33)	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			.022
ปานกลาง	Ref.	Ref.	
สูง	1.23 (1.02 ถึง 1.48)	0.78 (0.62 ถึง 0.96)	

จากตาราง 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชาย 1.39 เท่า ($OR_{adj} = 1.39$, 95%CI: 1.13 - 1.70) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และ 80 ปี ขึ้นไป มีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 1.64 เท่า ($OR_{adj} = 1.64$, 95%CI: 1.31 - 2.05) และ 3.68 เท่า ($OR_{adj} = 3.68$, 95%CI: 2.76 - 4.09) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพแม่บ้านและอื่น ๆ และเกษตรกรรมมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยว่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 57.00 ($OR_{adj} = 0.43$, 95%CI: 0.32 - 0.59) และร้อยละ 49.00 ($OR_{adj} = 0.51$, 95%CI: 0.40 - 0.64) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสดังกล่าวที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว 1.89 เท่า ($OR_{adj} = 1.89$, 95%CI: 1.54 - 2.33) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง

มีโอกาสเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางร้อยละ 22.00 ($OR_{adj} = 0.78, 95\%CI: 0.62 - 0.96$)

การอภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งต้องได้รับการดูแลระยะยาว (ร้อยละ 42.84) ผู้สูงอายุที่ต้องเฝ้าระวังร้อยละ 27.30 และต้องได้รับการดูแลระยะยาวร้อยละ 15.85 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชาย 1.39 เท่า เนื่องจากเพศหญิงจะเข้าสู่วัยทองเร็วกว่าเพศชาย และหลังหมดประจำเดือนจะมีอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย สมรรถภาพทางกายลดลง กระดูกเปราะบางหักง่าย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา (Phrompaio, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความแตกต่างทางเพศในความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน พบว่าสตรีหลังหมดประจำเดือนจะส่งผลต่ออารมณ์ การนอนหลับ ความวิตกกังวล และระบบเผาผลาญซึ่งน้อยกว่าผู้ชายจะส่งผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย และมีภาวะลิ้มเลือดอุดตันได้ง่าย มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งผลกระทบต่อหลอดเลือด (De Ritter, De Jong, Vos, Van Der Kallen, Sep, Woodward, et al., 2020) และยังสอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ชนิดรุนแรงจากสาเหตุหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ในช่วง 1 ปีแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพศหญิงมีอัตราเสียชีวิตจากการกลับเข้ารับรักษาโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงช่วงวัยหมดประจำเดือนจะส่งเสริมการสร้าง Atherosclerotic Plaque โอกาสที่จะเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการอักเสบที่เพิ่มขึ้นทำให้เพศหญิงวัยสูงอายุมิโอกาสเกิดความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Dansuwan, Phonphet, & Suwanno, 2022) จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชาย

สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว 1.64 เท่า และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว 3.68 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง เกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายทำให้มีการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อได้น้อยลง (Turnbull, Chada, Chuppawa, Seedaket, Chanaboon, Sangswai, et al., 2020) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นมีโอกาสในการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของอัตราการศึกษาชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอายุ 60 - 80 ปี ($HR_{adj} = 1.29, 95\% CI: 1.01 - 3.19$) และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ($HR_{adj} = 3.16, 95\%CI: 1.63 - 6.15$) มีโอกาสต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมโทรม อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้น้อยลง (Laoudom, 2024) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร พบว่าอายุสัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคนที่อายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงกว่าคนอายุ 60 - 69 ปี เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคเพิ่มขึ้น และมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายตามไปด้วย (Namwong & Arrirak, 2022) และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่า อายุมีสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรค COVID-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คือ อัตราส่วนอันตรายต่อการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.00 เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกหนึ่งปี (Kusak, 2023)

สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในกลุ่มแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขายและอื่น ๆ มีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.00 และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.00 เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้โครงสร้างร่างกายและระบบกล้ามเนื้อได้มีการใช้งาน ทำให้มีความแข็งแรงและทรงตัวได้ดีมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าหากไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกายลดน้อยลงจะส่งผลให้ร่างกายขาดความแข็งแรงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุระบบกล้ามเนื้อจะมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อความเครียดและคุณภาพชีวิต (Hoerde, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและมีอาชีพแม่บ้านจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า 1.47 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ/ บำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อและมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น หรือเรียกว่าการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยเสริมสร้างในเรื่องของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายและระบบการทรงตัวที่ดี และมีโอกาสเกิดการหกล้มได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบการทรงตัวบกพร่อง ทำให้ไม่เจ็บป่วยจนต้องดูแลรักษาระยะยาว (Wattana, 2024) และนอกจากนี้การประกอบอาชีพเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะพบกับปัญหาว่างงานจากการเกษียณและประกอบกับประสิทธิภาพทางกายลดลง แต่หากผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพได้และมีรายได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสนับสนุนอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ มีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ด้านการจ้างงาน เป็นการเปิดพื้นที่การทำงานให้ผู้สูงอายุมากขึ้น (Sherer, Theerasilp, & Phetchai, 2023) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและลดการได้รับการดูแลระยะยาว

ในส่วนของการมีโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว 1.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตบ้านหนองโพรง ตำบลลิสาณ อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า โรคประจำตัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเกิดความเสื่อมโทรมของร่างกายจะทำให้ขาดความสุขหรือมีความเครียดจากความเจ็บปวดของร่างกาย รวมถึงเกิดความสับสนของอารมณ์ (Bonkhunthod, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอนะนง จังหวัดนราธิวาส พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($p\text{-value} = 0.02$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพและโรคประจำตัวจะเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้น (Poum & Soomkan, 2022)

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงมีโอกาสดูแลระยะยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 22.00 เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและบุตรหลาน เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมีความภาคภูมิใจในตนเอง (Phosuwan, Voraroon, Jaiyungyuen, Phothong, Jaemtim, Poltana, et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี สามารถดำเนินชีวิตได้ตามที่ตนเองต้องการ และสามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้นั้นจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Huaisai & Chusuton, 2023) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Phujomjit (2023) พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้สูงขึ้น ลดอัตราเสี่ยงจากการเกิดโรคต่าง ๆ ลดภาระการดูแลจากครอบครัว และการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องนั้นจะเป็นการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุประกอบอาชีพเพื่อลดการที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวสรุป และต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าในการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในมิติของการประกอบอาชีพและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการส่งเสริมการป้องกันการได้รับการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการลดภาระการดูแลทั้งในมิติระบบเศรษฐกิจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการได้รับการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ต่อไป

References

- Bonkhunthod, P. (2021). Factors affective the life quality of the elderly in Nongprong village, I-san sub-district, Mueang district, Buriram province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(22), 214-222. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Retrieved January 31, 2018 from <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Dansuwan, C., Phonphet, C., & Suwannon, J. (2022). Sex differences in risk for developing major adverse cardiovascular events one year after hospital discharge in patients with acute coronary syndrome. *Health Science Journal of Thailand*, 4(3), 83-93. (in Thai)
- De Ritter, R., De Jong, M., Vos, R. C., Van Der Kallen, C. J. H., Sep, S. J. S., Woodward, M., et al. (2020). Sex differences in the risk of vascular disease associated with diabetes. *Biology of Sex Differences*, 11(1), 1.
- Harnkiattiwong, T., & Chobthamsakul, S. (2023). Study on public sector operational guidelines for preparation into the aging society of Thailand. *Journal of Academic for Public and Private Management*, 5(3), 1-15. (in Thai)
- Hoerde, P.V. (2023). Factors affecting elderly to participate in “careers future book promotion activity” at Phuket knowledge park. *TLA Bulletin*, 67(1), 141-156. (in Thai)
- Hsieh, F. Y., Mloch, D. A., & Larson, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for Linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 8, 1623-1634.
- Huaisai, W., & Chusuton, S. (2023). Predictive factors for quality of life of elderly in the Bang Nok Kwak elderly club, Samut Songkhram province. *Journal of Health Science*, 32(1), 63-72. (in Thai)
- Keawkam, P. (2024). Long-term care model for the elderly with dependency at Don Chan hospital Kalasin province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(1), 117-127. (in Thai)
- Kunu, S., Wattana, J., & Vayachuta, P. (2024). The development of a non-formal-education activity package to strengthen self-esteem of the homebody-grouped elderly. *Journal of MCU Peace Studies*, 12(5), 1765-1779. (in Thai)

- Kusak, B. (2023). Factors associated with mortality of COVID-19 in elderly diabetes patients. *Journal of Health Science*, 32(1), S29-S38. (in Thai)
- Laoudom, W. (2024). Mortality rate and factors associated with death in patients with type 2 diabetes in Kap Choeng District, Surin Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(1), 824-832. (in Thai)
- Maneesuwan, N., & Fongkerd, S. (2023). Community participation in long term care for bedridden patients in the Ban Suan municipality district. *Journal of Vongchavalitkul University*, 36(2), 18-33. (in Thai)
- Masaunjik, N., Yangkham, P., Chalermchit, A., Ruksasri, P., & Wanichkittikul, K. (2022). The impact of valuable living on sustainable of the elderly in Northeast. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(3), 282-294. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2015). *Guide to Screening/Assessing the Elderly*. Office of Printing Affairs, War Veterans Organization: Department of Medical Services. Retrieved January 31, 2018 from https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening.pdf. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2018). *Medical and Health Data Warehouse System (Health Data Center: HDC)*. Retrieved January 31, 2018 from <http://hdcservice.moph.go.th>. (in Thai)
- Muang Sri, N., & Sereethammapithak, P. (2023). Development of long-term care systems in public health For the elderly with dependency Nakhon Phanom Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(2), 200-209. (in Thai)
- Namwong, T., & Arrirak, N. (2022). Prevalence and risk factors of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) among the elderly in Yasothon province. *Journal of Health Science*, 31(2), S260-S268. (in Thai)
- Nunta, P., Chansrisukot, G., Suksamran, A., Wongweerapun, M., & Seedapeng, A. (2024). Guidelines to self-management of the elderly in highland for health literacy development. *Journal of Liberal Arts Maejo University*. 12(1), 200-228. (in Thai)
- Phosuwan, A., Voraroon, S., Jaiyungyuen, U., Phothon, C., Jaemtum, N., Poltana, P., et al. (2024). A qualitative study on the perspectives of the elderly living beyond 100 Years: Insights into longevity and self-care. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 4(2), 97-108. (in Thai)
- Phrompao, P. (2023). A comparison of physical performance in postmenopausal women with and without fear of falling. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 195-206. (in Thai)
- Phujomjit, J. (2023). Factors related to self-care behavior of the elderly in the responsible area of Somdet Hospital Kalasin. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 86-100. (in Thai)
- Poum, A., & Soomkan, N. (2022). Health perception factors associated with quality of life among elderly dependents in Chanae district, Narathiwat province, Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS*, 5(1), 146-155. (in Thai)
- Ritthiti, N. (2021). The health promotion model for prevention of mental health problems of the elderly in community. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 1(3), 1-20. (in Thai)

- Saengthongsuk, O., Kiengprasit, P. (2024). Social support influencing the happiness of the elderly in Samut Prakan province. *Academic Journal of Management Technology*, 5(1), 48-58. (in Thai)
- Sherer, P.P., Theerasilp, U., & Phetchai, P. (2023). The elderly's life situations and determinants of elderly violence: The Quantitative Survey in 5 Provinces. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(5), 472-490. (in Thai)
- Suksing, P., Boonyakoson, N., & Phollabuth, S. (2024). Development of self-care promotion program for elder with uncontrolled hypertension at Nongchim sub-district, Laem Sing district, Chanthaburi province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control* 10th, 22(2), 9-20. (in Thai)
- Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. (2019). *Revealing the Situation Report on the Thai Elderly in 2019, Part 1, Finding that Asia Holds the Title for having the Most Elderly People*. Retrieved May 20, 2024 from <https://thaitgri.org/?p=39450>. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2022). *Thailand Entered a Completely Aging Society. Thai Health Promotion Foundation Joined Forces with Partners to Push Policies for Good Health of the Elderly throughout the Country*. Retrieved May 24, 2024 from <https://www.thaihealth.or.th>. (in Thai)
- Thai People's Health Survey Office. (2008). *Report on the 4th Survey of Thai People's Health by Physical Examination*. 1st printing. Nonthaburi: The Graphico Systems Company Limited: Page 248. (in Thai)
- Thongngun, T., Tiraphat, S., & Sattayasomboon, Y. (2024). Factors affecting the operation relating to a manager of the public health long-term care system toward dependent older adults at Prachuap Khiri Khan province, Thailand. *Public Health Policy & Law Journal*, 10(2), 329-346. (in Thai)
- Turnbull, N., Chada, W., Chuppawa, W., Seedaket, S., Chanaboon, S., Sangswai, B., et al. (2020). Health status and factors associated with self-care among older adults. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 35-49. (in Thai)
- Wattana, S. (2024). Factors affecting risk of falls of elderly with type II diabetes mellitus in the network primary care unit (NPCU) area, Kantang Tai sub-district health promoting hospital, Kantang district, Trang province. *Journal of Environmental and Community Health*, 318-327.
- World Health Organization. (2023). *Thailand's Leadership and Innovations towards Healthy Ageing. WHO Center for Health Development: Inter-National Association of Gerontology*. Geneva, World Health Organization.

การพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน Development of a New Palliative Care App in Community

วรัญญา จิตบรรทัด^{1*}, กรวรรณ สืบสม², จิราพร วัฒนศรีสิน³

Waranya Jitbantad^{1*}, Korawan Seebson², Jiraporn Wattanasrisin³

¹นักศึกษาลัทธิพุทธปรัชญาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการนวัตกรรมเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช

²คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

¹Doctor of Philosophy in Innovation Management for Development, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University.

²Faculty of Education, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University.

³Faculty of Nursing, University of the Thai Chamber of Commerce.

(Received: September 16, 2024; Revised: November 21, 2024; Accepted: December 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน 2) ออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชัน และ 3) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่าง 18 คน ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพและตีความสร้างข้อสรุป ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยนำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ยกร่างเป็นแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนนาเคียน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 37 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. ชุดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลตนเองแบบองค์รวม การประเมินอาการรบกวน และการจัดการอาการรบกวนเบื้องต้น

2. แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ใช้บัญชีทางการของไลน์ ในชื่อ อุ่นใจ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.65$, $SD = 0.49$)

3. หลังการใช้แอปพลิเคชันเป็นเวลา 1 เดือน พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.21$) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ท่านได้รับความสะดวกในการรับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน ($M = 4.65$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ แอปพลิเคชันช่วยให้สื่อสารกับทีมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ($M = 4.62$, $SD = 0.63$) และความมั่นใจในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากโรค ($M = 4.62$, $SD = 0.49$)

ความรู้เป็นสิ่งสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชุมชน แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนจึงเป็นการส่งเสริมความรู้ในการประเมินและดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) investigate the knowledge framework for palliative care in the community, 2) design and develop a new palliative care application, and 3) evaluate user satisfaction with the app. The study was conducted in three phases. In phase 1, the knowledge framework for community-based palliative care was explored with 18 participants through focus group discussions as well as in-depth semi-structured interviews. Data were analyzed using qualitative content analysis, resulting in key insights. Phase 2 was dedicated to the development of new app, using the Line platform. The app was reviewed by five experts for both feasibility and usability. User satisfaction was tested by 37 palliative care patients from the community, in Nakhon Si Thammarat Province. Satisfaction data were analyzed using descriptive statistics. Results were as follows.

1. The community-based palliative care knowledge framework included holistic self-care, initial symptom management, and self-assessment for palliative care patients.
2. The new application for palliative care in the community received a high feasibility rating from experts ($M = 4.65$, $SD = 0.49$).
3. After one month of use, overall user satisfaction was rated at the highest level ($M = 4.56$, $SD = 0.21$). Users mostly appreciated the convenience of accessing to knowledge ($M = 4.65$, $SD = 0.48$) and the improved ease of communication with healthcare teams ($M = 4.62$, $SD = 0.63$), which enhanced their confidence in managing side effects ($M = 4.62$, $SD = 0.49$).

This study highlights the importance of knowledge in empowering patients and caregivers for self-care in community settings. This new palliative care application supports knowledge dissemination and enhances self-care capabilities of patients and home caregivers.

Keywords: Application, Palliative Care, Community

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในแอปพลิเคชันการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2020) สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ให้ลดความทุกข์ทรมานควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งมีใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ (Thipkanchanarekha, Salikul, Aphisitthiwasana, & Thiammok, 2017) โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติกายจิตสังคม และจิตวิญญาณโดยมีเป้าหมาย เพื่อจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว โดยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามช่วงระยะเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยสบายในวาระท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Porta-Sales & Noble, 2019)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ให้ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นส่วนสำคัญของแอปพลิเคชันการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมของการบริการในระบบสุขภาพ ไม่เพียงแต่เป็นการลดความทุกข์ทรมาน ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรง รักษาไม่หาย โดยปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของโรคที่ไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตามเจตนาของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันมีความสำคัญและมีความจำเป็นมากขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพิ่มสูงขึ้น สัมพันธ์กับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีมากขึ้น กลุ่มโรคที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง หรือยุติการบำบัดทดแทนไต กลุ่มโรคระบบประสาทและสมอง โรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรคหัวใจผู้ป่วยเอดส์ระยะท้าย อุ้งลมปอดอุดกั้นเรื้อรังที่การพยากรณ์โรคไม่ดี โรคตับ ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือมีภาวะทุพพลภาพ และโรคเด็ก (Khiawbanjong, 2019)

จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน พบการศึกษาในต่างประเทศของ Peeler, Doran, Winter-Dean, Ijaz, Brittain, Hansford, et.al. (2023) ได้ศึกษาการแทรกแซงการดูแลแบบประคับประคองด้านสาธารณสุขที่ช่วยให้ชุมชนสามารถสนับสนุนผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแล การทบทวนขอบเขตของการศึกษาที่ประเมินผลลัพธ์ที่เน้นที่บุคคล พบว่า การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาของ Fasolino, Chakraborty, & Kumar (2024) ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองช่วยเพิ่มความสามารถในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาของ Thanatwanich & Damrong (2019) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างที่ในระยะท้ายของชีวิต ที่พบมากและมีความรุนแรงมาก ได้แก่ ด้านร่างกาย ความปวด ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัญหาเศรษฐกิจ ด้านสังคม วัฒนธรรม มีความห่วงใยบุคคลในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม เสียงดังภายในห้องผู้ป่วย และการศึกษาของ Panuthai, Wong-hongkun, Srirat, Komutbut, & Meesukho (2020) การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง และเพื่อมั่นใจว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค มีความต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต บรรลุจนนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายคือการจากไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ในสภาพจริงพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนนั้น บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมากที่สุด คือ ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ดังนั้นเพื่อลดช่องว่างด้านความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนสามารถใช้ในการประเมินอาการและดูแลตนเองเบื้องต้นได้

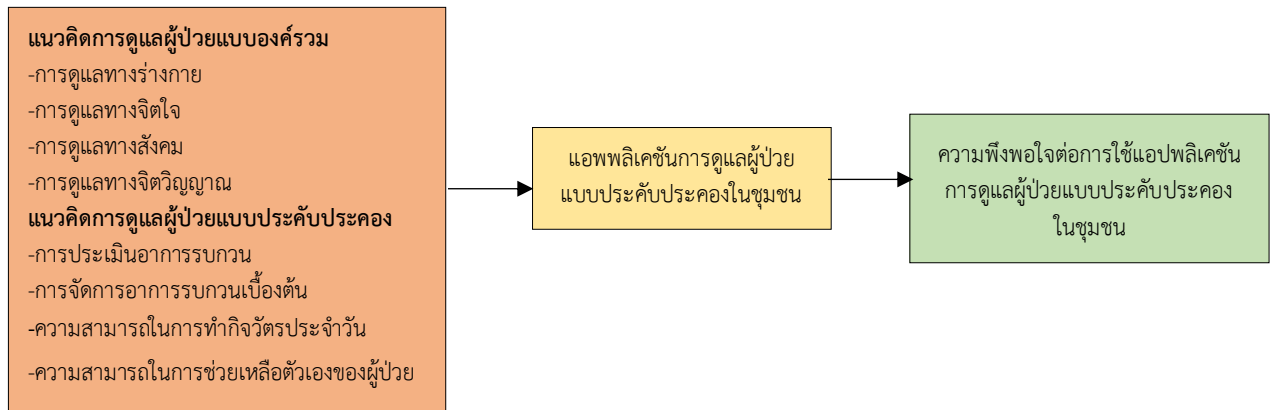
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน
2. เพื่อออกแบบพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบองค์รวม ของ Ferrell & Coyle (2001) และ Matzo & Sherman (2006) โดยผู้ป่วยสามารถประเมินการรบกวน และจัดการอาการรบกวนเบื้องต้นได้ ทั้งอาการทางกาย

จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำเป็นชุดความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันบัญชีทางการของไลน์ โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ใช้วิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 4 คน อสม.จำนวน 9 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 คน รวมจำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interviews) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีแนวคำถาม ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 2) ความรู้/ทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 3) การดูแลทางกาย/อารมณ์/สังคม/จิตใจ/จิตวิญญาณ 4) ความรู้ในการประเมินอาการตนเองของผู้ป่วย 5) การใช้ยา และการเข้าถึงยาของผู้ป่วย 6) การอยู่ร่วมกันในชุมชน การทำงานร่วมกัน เครือข่ายทางสังคม 7) แผนที่ทางเดินของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 8) การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9) ความคาดหวัง/ความต้องการในการดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 3 คน ด้านการสาธารณสุข 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถามครอบคลุมทุกมิติของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยให้แต่ละคำถามถูกประเมินในระดับ ความเกี่ยวข้อง (Relevance) หรือ ความเหมาะสม (Appropriateness) ใช้มาตราส่วนการให้คะแนน (Rating Scale) 4 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงของเนื้อหาต่อข้อคำถาม (Item-level Content Validity Index: I-CVI) 0.96 ซึ่งถือมีความเที่ยงของเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตลงเก็บข้อมูลพื้นที่แก่ รพ.สต.บ้านเหมืองหัวทะเล และ รพ.สต.บ้านทุ่งโนน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช และประสาน อสม.ในการลงเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

ในชุมชน และนักกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ลงศึกษาพื้นที่ชุมชน จำนวน 5 วัน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การสังเกต ผู้วิจัยได้สังเกตลักษณะชุมชน การอยู่ร่วมกันของชุมชน ผู้นำทางสังคม ผู้นำตามธรรมชาติ และผู้นำทางจิตวิญญาณในชุมชน ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและเครือข่ายทางสังคม ทูทางสังคมต่างที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนนาคีเยน

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้มีการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่ม แพทย์ พยาบาล จำนวน และเจ้าหน้าที่ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่สังกัดโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 คน เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 9 คน ซึ่งมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนมาอย่างน้อย 3 ปี เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ครอบครัว ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยไปที่บ้านผู้ป่วยกับอสม. พร้อมทั้งสังเกตความสัมพันธ์ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก ครอบครัวละ 45 - 60 นาที

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูล

ก่อนและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลใน 2 ประเด็น คือ มีความหลากหลาย และความอึดตัว กับมีความเป็นจริงจากการใช้การตรวจสอบ การตรวจสอบข้อมูลมีทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ ได้แก่ การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) ดำเนินการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย โดยกระทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับข้อมูลที่มีการอัดเทป นักวิจัยจะถอดเทปออกมาจากเครื่องบันทึกเสียง การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการตีความสร้างข้อสรุป (Conclusion Interpreting)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นแอปพลิเคชันการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน บัญชีทางการของไลน์ ชื่อ อุ่นใจ เนื้อหาในแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย

1. การออกแบบและพัฒนาชุดความรู้ในแอปพลิเคชัน

2. นำชุดความรู้ที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการศึกษา 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

3. จัดทำแอปพลิเคชันการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน บัญชีทางการของไลน์ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินการเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอนและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้ในการวิจัยแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน เท่ากับ .82

4. นำแอปพลิเคชันการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ในชุมชน 2) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบคำถามได้ 3) สามารถฟัง พูด อ่านภาษาไทยได้ และ 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่อ Internet และใช้งาน Application บนมือถือได้ สำหรับเกณฑ์การคัดตัวอย่างออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนได้จนครบทุกขั้นตอนไม่ว่ากรณีใด ๆ ก็ตาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนนาเคียน อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แอปพลิเคชันการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน บัญชีทางการของไลน์ ชื่อ อุ่นใจ เนื้อหาในแอปพลิเคชันประกอบด้วย 1) ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง 2) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนแบบองค์รวม 3) การประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน 4) ข้อมูลติดต่อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสอดคล้อง 2) ความเหมาะสม 3) ด้านความเป็นไปได้ และ 4) ด้านการขยายผลสู่การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (Dick & Carey, (1996)

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 4.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.50 - 5.00 แสดงว่า พึงพอใจในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการศึกษา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หากความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินการเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอนและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตลงเก็บข้อมูลพื้นที่แก่ รพ.สต.บ้านเหมืองหัวทะเล และ รพ.สต.บ้านทุ่งโนน ต.นาเคียน อ.เมือง.จ.นครศรีธรรมราช และประสาน อสม. ในการลงเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองในชุมชน

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย การใช้แอปพลิเคชันอุ่นใจ วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำการกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้จริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ F-07/2566 รับรองวันที่ 10 สิงหาคม 2566 – 9 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน จากการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า 1) จำนวนของบุคลากรทางสุขภาพใน รพ.สต. มีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง ทำให้ไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้อย่างเต็มที่ แก้ปัญหาโดยให้ อสม. หรือ CG (Care Giver) ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 2) ความรู้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการเป็นความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อมีอาการรบกวน ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทั้งนี้อยากให้เป็นข้อมูลที่อ่านง่าย ใช้คำที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ ผู้ป่วย ใช้ในการดูแลตนเองเบื้องต้น ผู้ดูแล และอสม. ใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วย 3) ช่องทางการสื่อสารกับ รพ.สต. ที่รวดเร็วเป็นปัจจุบัน เมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการคำแนะนำเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง

“เวลาลงเยี่ยมก็เหมือนไปเยี่ยมญาติ ไปคุยถามสารทุกข์สุขดิบ เป็นอย่างไรบ้าง กินได้มัย แต่พอเค้าบอกอาการที่เค้ากังวล เช่น คลื่นไส้ ปวด ท้อง ทำอะไร ทำไม เรายังไปไม่ถูก ตอบไม่ได้” (อสม.)

“เจ็บป่วยแบบนี้ (ผู้ป่วยติดเตียง) เคลื่อนย้ายลำบาก พอมีการมาเยี่ยมบ้านก็ดีใจ แต่บางครั้งไม่ได้มาตรงช่วงที่เราต้องการ อย่างตอนอาการหนัก มีไข้แทรกซ้อน อยากให้มาตอนนั้นมากกว่า” (ผู้ดูแลผู้ป่วย)

“อยากมีความรู้เบื้องต้นจะได้ดูแลตัวเองได้เวลามีอาการ บางทีก็กลัวว่าอาการที่เป็นอยู่เป็นอาการแทรกซ้อนหรือป่าว อยากมีที่ปรึกษา บางทีถาม อสม. เค้าก็บอกไม่ได้ เค้าจะไปถามที่อนามัยให้” (ผู้ป่วย)

“พอมีผู้ป่วยที่ต้องดูแลตลอดเวลาอยู่ที่บ้าน เราก็อยากดูแลให้ดี แต่บางครั้งก็รับอารมณ์เค้าไม่ไหว ชี้แจงหงุดหงิด โหม่งๆ ทำให้ทะเลาะกันบ้าง ดิกันบ้าง ไม่รู้ว่าจะได้บุญหรือบาป” (ผู้ดูแลผู้ป่วย)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงออกแบบและดัดแปลงชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนแบบองค์รวม ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง

1.1.1 ความรู้ในการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด เป็นแผล ผื่นคัน การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมแห้ง ถ่ายเหลว ท้องผูก และ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ปากแห้ง อ่อนแรงเหนื่อยง่าย

1.1.2 ความรู้ในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองเมื่อมีอาการภาวะวิตกกังวล และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการภาวะสับสน

1.1.3 ความรู้ในการดูแลด้านสังคม ได้แก่ ด้านความรักความผูกพันของผู้ป่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

1.1.4 ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนาประกอบด้วย ศาสนาอิสลาม ศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์ และ การทำพินัยกรรมชีวิต

1.2 การประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินอาการรบกวน โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS)

2. แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ผ่านบัญชีทางการของไลน์ (LINE Official Account) ซึ่งช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถสร้างกลุ่มสื่อสาร และส่งข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนผ่านทางไลน์ สามารถสร้างข้อมูลในการดูแล การประเมินตนเองเบื้องต้น ข้อความทักทาย ข้อความตอบกลับ อัตโนมัติ การแชทแบบ 1-1 การบรอดแคสต์หาผู้ติดตามทั้งหมด หรือการบรอดแคสต์แบบกลุ่ม โดยมี รพ.สต. เป็นแอดมินกลุ่มไลน์เพื่อติดตามอาการ กำหนดการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อข้อมูลจากผู้ป่วย และมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน เป็นสมาชิกในบัญชีทางการของไลน์แอปพลิเคชันการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน บัญชีทางการของไลน์ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินการเข้าใจเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอนและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย มีการปรับปรุงและพัฒนาช่วงระหว่างการทดลองใช้ มีดังนี้

2.1 ปรับชื่อแอปพลิเคชัน บัญชีไลน์ จากเดิมชื่อ “การดูแลแบบประคับประคอง” เปลี่ยนเป็น “อุ่นใจ” โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ชื่อกลุ่มมีผลต่อสภาพจิตใจ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการตอกย้ำว่าต้องพึ่งพาคนอื่น ต้องให้คนอื่นมาประคับประคองถึงจะไปต่อได้ แต่ตัวผู้ป่วยเองอยากพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด การมี แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอุ่นใจ

2.2 การประเมินอาการต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างขอไม่เห็นคะแนนประเมิน เพราะมีผลต่อสภาพจิตใจ และไม่ขอให้ผู้ดูแล หรือ อสม. ที่มาช่วยทำแบบประเมินเห็นคะแนนในไลน์ด้วย อยากให้หมอหรือพยาบาลที่ รพ.สต. ทราบผลการประเมินเพียงกลุ่มเดียว

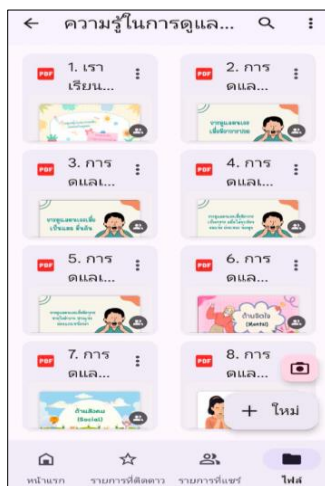
2.3 พบอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและสูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลสูงอายุ ผู้วิจัยจึงต้องเตรียม อสม. ประจำครอบครัวในการให้คำแนะนำ ทั้งด้านความรู้ และการใช้แอปพลิเคชัน



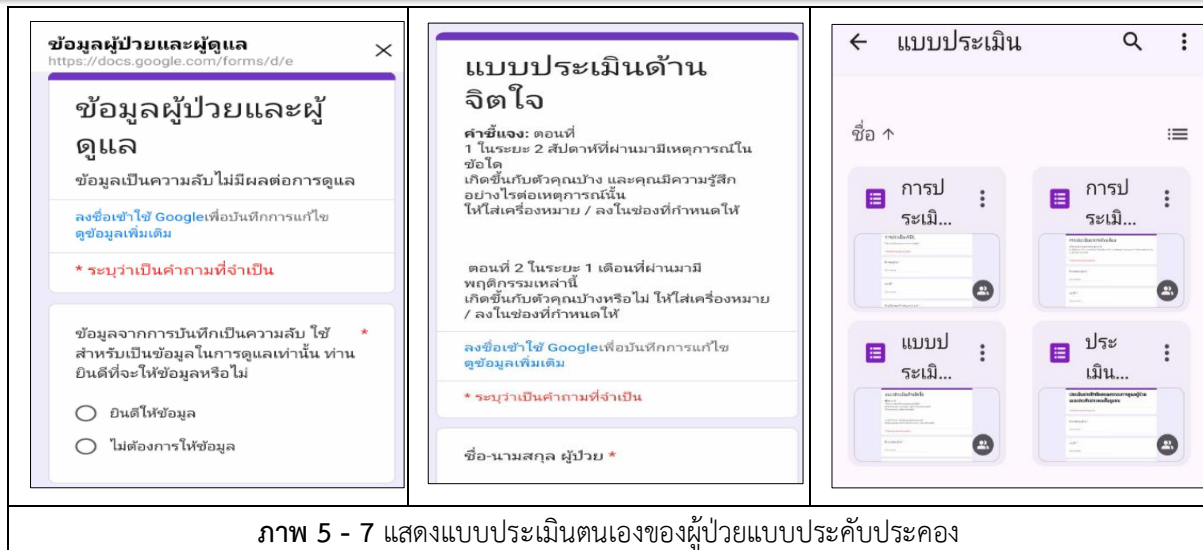
ภาพ 1 แสดงหน้าแรกและชื่อแอปพลิเคชัน



ภาพ 2 แสดงหน้าเมนูของแอปพลิเคชัน



ภาพ 3 - 4 แสดงความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการรบกวน



ภาพ 5 - 7 แสดงแบบประเมินตนเองของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.65$, $SD = 0.49$) ทั้งนี้พบค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านความสอดคล้อง ($M = 4.80$, $SD = 0.42$) รองลงมา ด้านการขยายผลสู่การปฏิบัติ ($M = 4.70$, $SD = 0.48$) ตามมาด้วย ด้านความเป็นไปได้ ($M = 4.60$, $SD = 0.49$) และด้านความเหมาะสม ($M = 4.53$, $SD = 0.58$) ตามลำดับ

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อแอปพลิเคชัน จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.05) อายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 29.73) ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 40.54) รองลงมาโรคเบาหวานและความดัน (ร้อยละ 29.73) จำนวนปีที่ดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี (ร้อยละ 59.45) ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.54) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 11,576 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 40.54) โดยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยเท่ากับ 8.70 คะแนน ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี (ร้อยละ 32.43) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.59 ปี

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน

ความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน (n = 37)	M	SD	แปลผล
1. แอปพลิเคชันสามารถใช้งานได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.56	0.50	ระดับมากที่สุด
2. แอปพลิเคชันสวยงาม น่าใช้	4.57	0.55	ระดับมากที่สุด
3. การนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.59	0.64	ระดับมากที่สุด
4. การได้รับความสะดวกในการรับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน	4.65	0.48	ระดับมากที่สุด
5. การใช้แอปพลิเคชันในการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองได้	4.38	0.59	ระดับมาก
6. แอปพลิเคชันช่วยให้ท่านสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ง่ายขึ้น	4.62	0.63	ระดับมากที่สุด
7. ความมั่นใจในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากโรค	4.62	0.49	ระดับมากที่สุด
8. แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้	4.51	0.56	ระดับมากที่สุด
9. การนำแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้กับชุมชนอื่น	4.54	0.56	ระดับมากที่สุด
10. ความพึงพอใจกับการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน	4.54	0.61	ระดับมากที่สุด
ภาพรวม	4.56	0.21	ระดับมากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56, SD = 0.21$) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับความสะดวกในการรับรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน ($M = 4.65, SD = 0.48$) รองลงมา คือ แอปพลิเคชันช่วยให้ท่านสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ($M = 4.62, SD = 0.63$) ซึ่งเท่ากับ ท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากโรค ($M = 4.62, SD = 0.49$) และข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก คือ การใช้แอปพลิเคชันในการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ($M = 4.38, SD = 0.59$)

การอภิปรายผล

1. ชุดความรู้ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนแบบองค์รวม ประกอบด้วยความรู้ในการดูแลตนเองทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และ 2) ความรู้ในการประเมินตนเอง ได้แก่ การประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การประเมินอาการรบกวน การประเมินด้านจิตใจ และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งเป็นชุดความรู้ที่พัฒนาและดัดแปลงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้งานได้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รูปแบบเหมาะสมและสะดวกในการเข้าถึง ซึ่งต่างจากชุดความรู้เดิมที่เป็นคู่มือ หรือแผ่นพับที่มีโอกาสสูญหายได้ง่าย เพราะความรู้เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง รวมทั้งเข้าใจในอาการของตน การเข้าถึงชุดความรู้ที่ถูกต้อง เข้าถึง และเข้าใจง่าย จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Peeler, Doran, Winter-Dean, Ijaz, Brittain, Hansford, et.al., (2023) พบว่า การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fasolino, Chakraborty, & Kumar, (2024) พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองในชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ผ่านบัญชีทางการของไลน์ (LINE Official Account) จุดเด่นคือมีชุดข้อมูลความรู้ในการประเมินและจัดการตนเองของผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเปิดอ่านและประเมินอาการได้ตามต้องการ นอกจากนี้แอปพลิเคชันยังออกแบบให้ รพ.สต. ได้รับผลการประเมินที่ผู้ป่วยประเมินตัวเองผ่านแอปพลิเคชันด้วย ทำให้ รพ.สต. รับทราบอาการของผู้ป่วยและใช้ในการตัดสินใจให้การพยาบาลหรือลงเยี่ยมบ้านได้ จากการประเมินการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในด้านความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการขยายผลสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard, José, Jordi, Jeannine, Eve, Emmanuel, et.al. (2021) ได้วิจัยออกแบบแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนในพื้นที่ห่างไกลของประเทศอินเดีย เพื่อเปิดหรือปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลครอบครัว ผู้ดูแลชุมชน และทีมดูแลแบบประคับประคอง พบว่า 1) แอปพลิเคชันได้รับการยอมรับสูงและการใช้ข้อมูลอย่างแพร่หลาย 2) ทีมสุขภาพในการดูแลแบบประคับประคองมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและข้อกังวลของผู้ป่วยได้ดีขึ้น 3) ทีมสุขภาพจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยได้

3. ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เกิดจากความสามารถในการเข้าถึงความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้น และมีช่องทางการสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากโรค และข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก คือ ท่านใช้แอปพลิเคชันในการประเมินอาการผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ($M = 4.38, SD = 0.59$) ทั้งนี้เพราะในการประเมินอาการนั้นเป็นการประเมินทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการประเมินแทนการใช้

ความรู้สึกละอายในการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khou, Lo, Barclay, & Baytieh (2024) ที่ศึกษาผลการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางวิดีโอในการดูแลระดับประคับประคอง พบว่า ทั้งผู้ป่วย/ผู้ดูแล (97%) และแพทย์ (97%) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการใช้ VC สำหรับการให้คำปรึกษาในการดูแลระดับประคับประคองในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fasolino, Chakraborty, & Kumar (2024) ศึกษาเรื่องการดูแลระดับประคับประคองให้สอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการดูแลระดับประคับประคองในชุมชน ได้แก่ การควบคุมสถานการณ์ที่บ้าน การสนับสนุนครอบครัว การดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การดูแลสอดคล้องกับความปรารถนาและความชอบของผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำแอปพลิเคชันไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ซึ่งนอกจากจะช่วยเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยในการใช้เป็นช่องทางในการติดตามอาการของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนเยี่ยมบ้านได้
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อในการเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน เพื่อเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพให้แก่ประชาชนที่อยู่ในการดูแล
3. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองทุกคน สามารถใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อในการเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้แอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ในด้านของความรู้ และการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน

References

- Dick, W., & Carey, L. (1996). *The Systematic Design of Instruction* (4th ed.). Harper Collins College Publishers.
- Fasolino, A., Chakraborty, S., & Kumar, R. (2024). Palliative care in alignment with patients' wishes: Are we there yet. *Journal of Primary Care Specialties*, 5(1), 1-22.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2001). *Textbook of palliative nursing*. Oxford University Press.
- Khiawbanjong, D. (2019). Palliative care center, Maharaj Aunrak unit, Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 2(2), 95-98. (in Thai)
- Khou, M., Lo A., Barclay, R., & Baytieh, L. (2024). Exploration of patient and clinician experience of video consultations in community palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(4), 321-331.
- Matzo, M. L., & Sherman, D. W. (2006). *Palliative care nursing: Quality care to the end of life* (2nd ed.). New York: Springer Publishing.
- Panuthai, S. Wong-hongkun, T. Srirat, Ch. Komutbut, P. & Meesukho. Ch. (2020). *Synthesis of Palliative Care System Proposals in Urban Areas of Chiang Mai Province. Health Systems Research and Knowledge Warehouse*. Health Systems Research Institute (HSRI). hs2586.pdf. (in Thai).

- Peeler, A., Doran, A., Winter-Dean, L., Ijaz, M., Brittain, M., Hansford, L., Wyatt, K., Sallnow, L., & Harding, R. (2023). Public health palliative care interventions that enable communities to support people who are dying and their carers: A scoping review of studies that assess person-centered outcomes. *Frontiers in Public Health*, 11, 1180571. doi 10.3389/fpubh.2023.1180571.
- Porta-Sales, J., & Noble, S. (2019). Haematology and palliative care: The needs are out there. *Palliat Med Journal*, 33(5), 481-82.
- Richard, H., José, C., Jordi, Se., Jeannine, L., Eve, N., Emmanuel, L., et.al. (2021). Design and evaluation of a novel mobile phone application to improve palliative home-care in resource-limited settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(1), 1-9.
- Thanatwanich, Y. & Damrong, N. (2019). A Model Of Palliative Care For Health Status In The End-Of-Life Stage. Faculty of Nursing, Burapha University. (in Thai).
- Thipkanchanarekha, K. Salikul, S. Aphisitthiwasana, N. & Thiammok, M. (2017). Advanced care planning for peaceful death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138-145. (in Thai).
- World Health Organization. (2018). *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care: A WHO Guide for Planners, Implementers and Managers*. Geneva: World Health Organization.

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวัง
กลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

Management of Covid-19 in Border Provinces of Southern Thailand:
The Roles of Health Professionals in the Primary Healthcare System

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง^{1*}, วิไล อุดมพิทยาสรรพ์², ปรียานุช ชัยกองเกียรติ³, อัจฉรา มุสิกวัฒน์³, คอลิด ครุณันท์³,
ผุสนีย์ แก้วมณีย์³, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา³, พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์³, นุศรา ดาวโรจน์³, อนุชิต คลังมัน³
Doungjai Plianbumroong^{1*}, Wilai Udompittayason², Preeyanuch Chaikongkiat³, Atchara Musigawan³,
Kholid Karunan³, Pootsanee Kaewmanee³, Khemmapat Kajonkittiya³, Pichayanit Ruangroengkulrit³,
Nutsara Dowrote³, Anuchit Klangman³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Trang. Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

²Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Pattani Campus

³Boromarajonani College of Nursing, Yala. Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

(Received: September 7, 2024; Revised: December 10, 2024; Accepted: December 12, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาความรู้ และบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตาจากอำเภอที่มีการติดเชื้อสูงสุด 3 จังหวัดชายแดนใต้ 67 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ และบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ค่าความเชื่อมั่น 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในผู้บริหาร และบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบหาประเด็นสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.37$, $SD = 0.49$)
2. บุคลากรสาธารณสุข มีระดับการปฏิบัติบทบาทตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45$, $SD = 0.45$) โดยมีบทบาทสำคัญ 1) บริหารจัดการระบบบริการตามความเชื่อและวิถีชุมชน 2) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการสุขภาพและการสื่อสารกับทีม 4) จัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ 1) พัฒนาสมรรถนะการดูแลโควิด-19 ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นแกนหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 3) กำหนดนโยบายพื้นที่พิเศษ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 4) พัฒนาระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการทำงาน 6) กำหนดแนวทางเสริมพลังให้บุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้นควรคำนึงถึงบริบท 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีลักษณะเฉพาะเชิงสังคมและภูมิศาสตร์ เพื่อวางแผนจัดการที่มีลักษณะเฉพาะ กำหนดแนวทางการประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการ

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุข การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สามจังหวัดชายแดนใต้

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: doungjai@bcnt.ac.th)

Abstract

This mixed-method research aimed to study the knowledge and roles of public health professionals in the primary healthcare system in screening and monitoring covid-19 risk groups. A quota sample of 67 people was selected from the districts with the highest numbers of infections in the three southern border provinces. Data were collected using a questionnaire on knowledge and roles in implementing measures for screening and monitoring covid-19 risk groups. The reliability score was 0.98. Data were analyzed using mean and standard deviation. In-depth interviews were conducted with executives and public health personnel, using a semi-structured interview form. Qualitative data were analyzed to find key points. The results were as follows.

1. The overall knowledge of public health personnel was at a high level ($M = 3.37, SD = 0.49$).
2. Overall, public health professionals had a high level of performance ($M = 3.45, SD = 0.45$) in accordance with measures for screening and monitoring covid-19 risk groups. The most important roles were: 1) managing the service system according to beliefs and community lifestyles, 2) providing accurate and timely information using online media, 3) being a center for health management and communication with the team, 4) providing proactive services to prevent and control infections, and 5) adjusting the healthcare service system to support the new situation.

3. Policy recommendations included: 1) developing the covid-19 care competencies that are consistent with the community's lifestyle and culture, 2) developing the primary health care system as the core of holistic healthcare, 3) establishing a special area policy to prevent the spread of the disease, 4) developing a communication system using modern technology, 5) creating participation of network partners in work, and 6) establishing guidelines to empower public health personnel.

Therefore, in the particular context of the three southern border provinces, which have specific social, legal and geographical characteristics, should be taken into account in order to reduce duplication in management.

Keywords: Health Professionals, Covid-19 Screening and Surveillance, Three Southern Border Provinces

บทนำ

สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทยเริ่มต้นจากการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเดือนมกราคม 2563 ซึ่งนำไปสู่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการล็อกดาวน์อย่างเข้มงวด รัฐบาลสามารถควบคุมการระบาดได้ดีในช่วงกลางปี 2563 แต่การระบาดระลอกใหม่ในปลายปี 2563 และต้นปี 2564 ทำให้สถานการณ์ซับซ้อนขึ้น โดยเฉพาะจากการแพร่ระบาดของสายพันธุ์อัลฟาและเดลตา ประเทศเผชิญกับการขาดแคลนเตียงในโรงพยาบาลและทรัพยากรทางการแพทย์ ผลกระทบจากโควิด-19 มีความรุนแรงในหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจที่หดตัวจากการหยุดชะงักของภาคการท่องเที่ยวและส่งออก สุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดและความสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอนสู่ระบบออนไลน์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพเป็นต้น สำหรับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงแรกของการระบาด พ.ศ. 2563 การแพร่ระบาดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ยังไม่รุนแรงมากนัก อาจเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ไกลจากเมืองใหญ่ และมีการเคลื่อนย้ายประชากรค่อนข้างจำกัด แต่ต่อมาพบว่าการระบาดกลับทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2564 ที่มีการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ คือ สายพันธุ์เดลตา ซึ่งมีความสามารถในการแพร่เชื้อสูง พบว่า ชายแดนภาคใต้ มีอัตรา

การติดเชื้อที่สูงติดอันดับต้นของประเทศ ข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประเทศ ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2563 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) เมื่อจัดอันดับการติดเชื้อของประเทศ พบว่า จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับที่ 4 คือมีผู้ติดเชื้อ 133 ราย เสียชีวิต 2 ราย จังหวัดปัตตานีเป็นอันดับที่ 7 มีผู้ติดเชื้อ 94 ราย เสียชีวิต 1 ราย และจังหวัดนราธิวาสเป็นอันดับที่ 11 มีผู้ติดเชื้อ 43 ราย เสียชีวิต 2 ราย สาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัด 3 ชายแดนใต้ ที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่ติดกับชายแดนมาเลเซีย ประชาชนมีการเดินทางผ่านเขตแดน ทั้งช่องทางปกติ และช่องทางธรรมชาติที่ไม่ผ่านการตรวจคัดกรองบ่อยครั้ง เพราะส่วนใหญ่บริบทของประชาชนทั้ง 2 ประเทศ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่จะมีการปฏิสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีมีระบบเครือญาติ มักจะเดินทางไปมาหาสู่กัน เป็นปกติ จากการเดินทางกลับจากการประกอบอาชีพการงาน การค้าขาย การไปประกอบพิธีทางศาสนา หรือการไปศึกษาในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยข้อมูล ณ วันที่ 29 มีนาคม 2563 พบรายงานผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย (Thai News, 2021) ซึ่งจากสถานการณ์การติดเชื้อดังกล่าว ส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้หลายด้าน อาทิ มีจำนวนผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในพื้นที่โดยโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้น ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในพื้นที่อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในภาคการเกษตรและการประมง ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการปิดด่านชายแดน ส่งผลกระทบต่อการค้าขายระหว่างประเทศ กับประเทศเพื่อนบ้าน ด้านสังคม ทำให้เกิดความตึงเครียด โดยเฉพาะผู้ที่ต้องถูกกักตัวและได้รับผลกระทบจากการปิดกิจการ และการจำกัดการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงของการแพร่ระบาดในกลุ่มคนที่มีความเชื่อแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ในชุมชน การจัดการและการรับมือกับการแพร่ระบาดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนทางด้านการเมือง สังคม และวัฒนธรรม (Chiwat, Mai-Ngam, Dumchuen, Amesbutr, Thana, & Chisrilak, 2023) การปฏิบัติตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแล การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในระบบบริการปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบ และวิธีการตามบทบาทให้เหมาะสม และทันต่อการเปลี่ยนแปลง การวางแผนในการรับมือกับสถานการณ์ของการเกิดโรคระบาดตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยสร้างความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถจำกัดโรคระบาดโควิด-19 ได้ (Joost, Benedetta, & Shaheen, 2020) เช่นเดียวกับการปรับบทบาทของพยาบาลปฐมภูมิ ที่ให้การดูแลประชาชนที่มีภาวะเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่เปลี่ยนจากรูปแบบวิธีการจากการอบรม ให้ความรู้ในสถานบริการหรือในที่ตั้ง เป็นการให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์แทน (Ritruethai, Phag-Udom, & Charoenchai, 2021) และพยาบาลยังต้องมีบทบาทที่เน้นการคัดกรองเบื้องต้น ติดตามผู้เสี่ยงสูง และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นภารกิจสำคัญเร่งด่วน ในขณะที่แพทย์ทำหน้าที่วางแผนแนวทางการคัดกรอง ประเมินอาการ และส่งต่อผู้ป่วยรุนแรง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนการตรวจหาเชื้อ และประสานงานในชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขวิเคราะห์ข้อมูลการระบาด สร้างสื่อให้ความรู้ และประเมินผลระบบบริการ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาด้านจิตใจและสนับสนุนผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำประชาชนในชุมชน รวมถึงสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการ ความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายช่วยลดการแพร่ระบาด สร้างความปลอดภัยในชุมชน และเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในระยะยาว

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการที่จะนำผลการศึกษาไปสู่การสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนบทบาทการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ที่สอดคล้องกับมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความเชื่อ ศาสนา วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของประชาชน ชุมชน และนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
2. เพื่อศึกษาบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้แนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน (Capture) 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (Case Management and Infection Control) 3) การติดตามผู้สัมผัสโรค (Contact Tracing) 4) การสื่อสารความเสี่ยง (Communication) 5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community Intervention and Law Enforcement) และ 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล (Coordinating and Joint Information Center) กับรูปแบบการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน เมษายน - ธันวาคม 2564 รายละเอียด ดังนี้

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ หรือมีส่วนร่วมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มประกาศมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายออกนอกพื้นที่ และไม่สะดวกเดินทางมาให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยการสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota) จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยเลือกจากอำเภอที่มีอัตราผู้ติดเชื้อมากที่สุด 2 อันดับแรกของแต่ละจังหวัด รวม 6 อำเภอ และในแต่ละอำเภอเลือก 1 ตำบล ที่มีระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีผลลัพธ์ของการดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มากที่สุดของระดับอำเภอ รวม 6 ตำบล ๆ ละ 10 คน รวม 60 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมวิจัยรวม 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 41 ข้อ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 48 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ด้าน (Department of Disease

Control, Ministry of Public Health, 2021) ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับและนำมาจัดกลุ่มระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตามบทบาทแบ่งเป็น 3 ระดับ (Vorapongsathorn, 2015) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง ความรู้และระดับการปฏิบัติตามบทบาทระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 6 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 1 คน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) มีค่าเท่ากับ .67 - 1.00 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น r เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2564 ดังนี้

1. ติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่ และทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมความพร้อมของทีมและผู้ประสานงานในพื้นที่ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการลงเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อความเข้าใจตรงกัน
3. ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวางแผนการดำเนินงาน
4. ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และวิธีการจัดการกับข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรู้และบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในแต่ละตำบลมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามโควตา จากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ดังนี้ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน/ตำบล รวม 6 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน/ตำบล รวม 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ผู้วิจัย ตามมาตรการ 6 ด้านของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก แฟ้มข้อมูลการวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการโรคระบาดโควิด 19 จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพในชุมชน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม 2564 เช่นเดียวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่มเติมรายละเอียดเฉพาะในการเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัยในการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม มีนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อหาประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Thematic analysis ใช้กรอบแนวคิดของ ไมล์ และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) เพื่อหาประเด็นสำคัญที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มมาหาประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย และนำมาให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยเลือกข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์มากำหนดรหัส แต่ในส่วนประเด็นและความหมายยังครอบคลุมเหมือนเดิม ประเด็นที่ได้ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย คำถามในการวิจัย ข้อความที่ถูกย่อ หรือทอนข้อมูลลง จะยังคงไว้ซึ่งประเด็นและความหมายที่ครอบคลุมเหมือนเดิม

2. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) มาแยกข้อมูลที่เหมือนกันมารวมกัน กำหนดเป็นชุดของข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นประเด็นหลักของการวิจัย (Themes) สืบด้วยชื่อ หรือข้อความที่สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัย

3. นำข้อมูลที่ได้จากประเด็นหลักมาจัดหมวดหมู่ความเชื่อมโยงเพื่อหาความสัมพันธ์ (Data Display) เขียนเป็นแผนผัง หรือ Model ของบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดการภาวะวิกฤติและหลังภาวะวิกฤติของโควิด-19

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ ลินคอร์น และกูปา (Lincoln & Guba, 1985) 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (Credibility) 2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (Transferability) 3) การตรวจสอบข้อมูล จากบุคคลภายนอกที่เป็นปรีกษางานวิจัยในพื้นที่ (Dependability) 4) การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (Confirmability)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 171/2563

ผลการวิจัย

1. ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปพบว่าบุคลากรสาธารณสุข 67 คนอยู่ในจังหวัดยะลา 22 คน (ร้อยละ 32.84) ปัตตานี 23 คน (ร้อยละ 34.32) และนราธิวาส 22 คน (ร้อยละ 84.32) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 51 คน (ร้อยละ 76.12) มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 55.22) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 80.60) และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 86.57)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของ บุคลากรสาธารณสุข ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม

ความรู้ในมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	M	SD	ระดับ
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.42	0.53	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ	3.35	0.50	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.39	0.52	มาก
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	3.39	0.52	มาก
การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	3.39	0.54	มาก
การประสานงาน และการจัดการข้อมูล	3.28	0.52	มาก
ภาพรวม	3.37	0.49	มาก

จากตาราง 1 พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีระดับความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.37, SD = 0.49$) และเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับ คือ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน และด้านการสื่อสารความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 3.39, SD = 0.52$) และด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย ($M = 3.39, SD = 0.54$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการประสานงาน และการจัดการข้อมูล ($M = 3.28, SD = 0.52$)

2. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม

บทบาทตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	M	SD	ระดับ
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.69	0.46	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ	3.48	0.49	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.36	0.58	มาก
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	3.48	0.50	มาก
การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	3.39	0.62	มาก
การประสานงาน และการจัดการข้อมูล	3.28	0.58	มาก
ภาพรวม	3.45	0.45	มาก

จากตาราง 2 พบว่า บุคลากรสาธารณสุข มีระดับการปฏิบัติบทบาทตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45, SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่าทุกด้านอยู่ใน

ระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับคือ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการสื่อสารความเสี่ยง ($M = 3.69, SD = 0.46, M = 3.48, SD = 0.49$ และ $M = 3.48, SD = 0.50$ ตามลำดับ) ด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการประสานงาน และการจัดการข้อมูล ($M = 3.28, SD = 0.58$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตราการ 6 ด้านของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิมีหลากหลายกลุ่มวิชาชีพ ทั้งในบทบาทผู้บริหาร และระดับปฏิบัติการ โดยมีบทบาทหลักในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ได้แก่ 1) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน 2) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพประชาชน และชุมชน 4) การจัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่ ตามการให้ข้อมูลต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระบาดเพื่อกำหนดบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงาน ในการบริหารจัดการวางแผน และการดำเนินการในพื้นที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามหลักความเชื่อ วิถีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน และประชาชนดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“หลังจากเริ่มมีการระบาด รพ.เปิด EOC มีการบริหารจัดการ มีคำสั่งคณะทำงานแต่ละกล่อ่ง ทีม Operation เป็นหัวหน้าทีม Operation มีเจ้าหน้าที่ สสอ. แต่ละตำบล แต่ละวันมาสรุปงานร่วมกันที่ สสอ. วางแผนร่วมกันว่าใครจะทำอะไรบ้าง แบ่งหน้าที่กันในแต่ละวัน กลับมาสรุป Timeline ของคนที่ Positive ตามต่อว่าไปพบใครบ้างตามอย่างต่อเนื่องในการสอบสวนโรค ถ้าใคร Positive ก็ตามต่อ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“ในส่วนระดับหมู่บ้านมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด 19 ทุกหมู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในทุกพื้นที่เริ่มแรกตอนที่รับรายงาน Case โควิด ก็มีการประชุม EOC ในอำเภอมียคำสั่งให้ตั้งคณะทำงาน ในระดับตำบล ประชุมจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด 19 ของทุกหมู่บ้านมีกันแน่ ผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้าทีม ทุกพื้นที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงคลองใหม่เป็นเขตรอยต่อที่มีผู้ติดเชื้อ...ประชุมหารือ ป้องกันป้องปรามไม่ให้คนในพื้นที่เสี่ยงที่มีผู้ป่วยยืนยันโดยการตั้งด่านสกัดกัน ถ้ามาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ให้เข้าพื้นที่ มีการสแกนให้สวมหน้ากาก ในพื้นที่ใช้มาตรการร้านค้าต่าง ๆ ให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพสต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)”

“วางแผนว่าจะลงไปกี่คน คนในพื้นที่เตรียมคนตามรายชื่อที่ขอไป.....ต้องไปกลางคืน เพราะ เป็นช่วงถือศีลอดในช่วงนั้น (สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

2. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์

“เราจะไปร่วมกับ รพ.สต. ค่ะ คือ รพ.สต.เข้าไปเขาสนใจ เขาเป็นเจ้าของพื้นที่ แต่เราไปเพราะเราต้องไปสื่อสารให้คนเข้าใจ เพราะว่าส่วนใหญ่บริบทที่ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจ ว่าทำไมเขาต้องไป รพ. เพราะอาการเขาไม่ได้หนักที่ผ่านมาคือ มันจะเป็นแค่ 2 คนที่อาการหนัก บางคนที่อยู่มาบอกว่า มานั่ง ๆ นอน ๆ เฉย ๆ ก็กลับแล้ว เขาก็เลยไม่สะดวกใจที่จะมาที่โรงพยาบาล เราก็เลยต้องสร้างความเข้าใจตรงนั้น (สัมภาษณ์ นักระบาดวิทยา PCU-02-5/4/64)”

3. การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพและการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพและชุมชน

“หลังจากตรวจพบเชื้อหมู่.....ก่อนหน้านี้เรายังไม่มีทีมที่ชัดเจน หลังจากนั้นเราประชุมทีมงานที่ฝ่ายเวชซึ่งเป็นศูนย์ข้อมูลการแจ้งเหตุโควิดอย่างไม่เป็นทางการ พี่เองหัวหน้ากลุ่มเวชฯ ได้เรียกประชุมทีมอย่างไม่เป็นทางการ

ดึงเครือข่าย สสอ. รพสต. มาร่วมด้วย เพราะตอนนั้นบุคลากรเริ่มไม่เพียงพอ แบ่งรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็นโซน” “แรก ๆ ทำอะไร ไม่ถูก ตอนแรก ตื่นเต้น ป้องกันตัวอย่างไร ได้เลื้อยกันฝน Face sild เหนือไหล่ โดยหน้าที่เราพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด อสม.ก็ให้ความร่วมมือกัน ในที่สุดเราก็หยุดได้ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“หลัก ๆ คนที่ Swab จะเป็นพยาบาล จัดอบรมให้ ทีมผู้ช่วยจะเป็น นวก.ทีมข้อมูลจะเป็น ทันตะ ภายภาพ การเขียนใบ Novel ทีม Sur ก็จะไปช่วยพยาบาล (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“เราเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่สกัด เมื่อมีอุปสรรค ต้องผ่านไปให้ได้ เราเป็นกำลังหลักในการต่อสู้โรค ชาติใคร ไม่ได้ รวมใจเป็นหนึ่งในการต่อสู้ คิด ทำด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-01 ยะลา 17/10/64)”

4. การจัดการบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 บุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนหลักสำคัญ ในการดำเนินงานเชิงรุกในการควบคุมและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“เวลาลงพื้นที่จะประสาน อสม. เป็นหลัก ส่งชื่อมาให้ ในเขตรับผิดชอบมีใครบ้าง ส่งชื่อมาให้ เตรียมสถานที่ เตรียมข้อมูล เลข 13 หลัก บัตรประชาชน (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-01-ยะลา 1/4/64)”

“เจ้าหน้าที่ลงไปติดตาม ตอนแรก ๆ swab คนที่มีอาการ นพ.สสจ. สั่งให้ทำทุกคนที่สัมผัส แต่ตอนหลังไม่มี อาการแต่เป็นผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ ทุกคนต้องตรวจ ตรวจแล้วเจอเชื้อ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)”

“ในหมู่บ้านของตนเองมีคนเข้า-ออกต้องมีการติดตาม รายงาน และติดตามคนในพื้นที่ และลงพื้นที่ว่าวันนี้ ๆ มีอาการหรือป่าว และมีทีมติดตามเยี่ยมบ้านคือมีคนออกจากโรงพยาบาล เพราะบางคนยังมีไข้เล็กน้อย ก็ต้องมีทีม ที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย (สัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ-PCU-02-ยะลา 5/4/64)”

5. การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรับสถานการณ์ใหม่

“พอระยะ 2 มีคนใช้ Admit เพิ่ม เรียก Covid ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงาน ตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมุนอยู่ Covid ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่าย อุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร ทันตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย ภายภาพ งดเปิดคลินิก หมดจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำคัดกรอง หมดพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแหว่ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์ แพทย์ PCU-05 นราธิวาส /23/12/64)”

“แต่ตอนนี้ตรวจ ATK ถ้าผลบวกรับยาได้เลย ปรับระบบไปเน้น RT CPR แต่ก่อน ATK แล้วก็ต้องยืนยัน ผลด้วย RT-PCR รอผล 3 - 5 วัน ระหว่างรอผลไม่ได้กักตัว บางคนไปใช้ชีวิตปกติ ก็ไปแพร่เชื้อต่อ แต่ตอนนี้มีการปรับ ระบบใหม่แล้ว ไม่ต้องตรวจ RT-PCR แล้ว ใช้ผล ATK ได้เลย และรักษาทันที (สนทนากลุ่ม PCU-04 ปัตตานี-24/10/64)”

“พอโควิดเข้า ปิดศูนย์พื้นที่เพราะต้องสัมผัสใกล้ชิดคนไข้ ปรับไปอยู่หน่วยวัคซีนแทน ไปอยู่หน่วยคัดกรอง แทน (สนทนากลุ่ม PCU-01ยะลา 17/10/64)”

“ส่วนของโรคเรื้อรัง... ถ้าผู้ป่วยที่มาเองได้ที่ รพ.สต. ก็จะมารับยาเหมือนเดิม ก็จะคัดกรองว่ามีอาการ ARI ใหม่ ส่วนคนไข้ที่ไม่สามารถมาเอง หรือว่าผู้สูงอายุ เราก็จะประสานกับ อสม. ให้นำยาไปส่งที่บ้าน ในส่วนที่ต้องรับยา ที่โรงพยาบาล ก็ทางโรงพยาบาลก็จะส่งมาที่ รพ.สต. ให้ อสม. นำส่งที่บ้านผู้ป่วย (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี-24/10/64)”

“กรณีที่มีคำสั่งลงมา เราก็จะมีประชุมแต่ละกระบวนการ ถ้าเป็นงานที่ทำใน รพ.สต. เราก็จัด ระบบกันเองได้ แต่ให้อยู่ในแนวทางที่จังหวัดกำหนดไว้แต่เราปรับได้ตามบริบทของเราก่อนหน้านี้นี้เราลงชุมชนไปหมู่บ้านที่มี การระบาด คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำมาตั้งแต่เมื่อก่อนที่มีการเปิดหมู่บ้าน ติดเชื้อเยอะผู้ว่าก็จะสั่งปิด เราก็ต้องทำ ATK ทั้งหมด ถ้ามี + ก็ส่งไป swab แต่ตอนนี้แนวทางใหม่คือว่า ATK 90% ไม่เน้น RTPCR (สนทนากลุ่ม บุคลากร สาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี-24/10/64)”

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อแสดงข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังนี้

จากผลการวิจัยที่กล่าวมา พบว่า บทบาทในการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข ที่ต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีบุคลากรสาธารณสุข เป็นแกนนำหลักในการถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมงานจากภาคส่วนอื่น ๆ เกี่ยวกับโควิด-19 และการปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการทั้ง 6 ด้านเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ประกอบด้วยบทบาทสำคัญ 5 บทบาท ดังนี้ 1) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตามความเชื่อ และวิถีชุมชน 2) การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และทันเหตุการณ์กับประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยใช้สื่อออนไลน์ 3) การเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และการสื่อสารให้กับทีมสุขภาพ ประชาชน และชุมชน 4) การจัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ใหม่ แต่พบว่าในบางบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขยังมีข้อจำกัด หรือประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เรื่อง การประสานและการจัดการข้อมูลกับภาคีเครือข่าย การจำกัดตามศาสนา ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของประชาชน และชุมชน เพราะประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังคงมีการดำเนินวิถีชีวิตปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ไปมาสู่กันเป็นประจำ การไม่ยอมกักตัวเมื่อต้องอยู่บ้าน เนื่องจากต้องออกไปทำมาหากิน การไม่สวมหน้ากากอนามัยปิดปากจมูก การไม่ล้างมือก่อน - หลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยังคุ้นเคยกับวิถีเดิม ๆ บุคลากรสาธารณสุข จึงต้องเข้าใจในความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่เพื่อนำมาปรับระบบบริการให้มีความสอดคล้องเหมาะสม รวมทั้งต้องปรับวิธีการทำงานเป็นแบบเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ด้วยปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข และความร่วมแรงร่วมใจของหน่วยงานภาคส่วนอื่นในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนนโยบายจากทุกภาคส่วนที่ชัดเจน ในการมีส่วนร่วมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ความรู้แก่ชุมชนเรื่องโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติตามมาตรการ มีการสื่อสารข่าวต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Hengchaiyo & Jiriya Intana, 2021) ดังนั้นการที่บุคลากรทีมสุขภาพมีประสบการณ์ในการจัดการโรคระบาดในพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ดีจึงทำให้การดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ประสบผลสำเร็จด้วยดี อาทิ มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ คู่กันไปเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น กำหนดจุดคัดกรองก่อนเข้ารับบริการในแผนกต่าง ๆ การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังถึงบ้าน ลดการแออัดในโรงพยาบาล การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการเพื่อให้มีการหมุนเวียนระบบงานที่ดี และป้องกันการรวมกลุ่มของผู้รับบริการ และการมอบหมายงานแบบมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ ดังนี้

1. การพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการวิชาชีพ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ความรู้ความเข้าใจในความเชื่อ ศาสนา วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน (Karunan, Udompittayason, Chaiikongkiat, Plianbumroong, Musigwan, Kaewmanee, et al., 2023)

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพทุกมิติแบบองค์รวมตามความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมีครอบครัว และชุมชนเป็นฐานรากสำคัญ โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคด้วยตนเองของประชาชน

3. กำหนดนโยบายในพื้นที่พิเศษกรณีมีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ควรมีการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติในพื้นที่ในการป้องกันการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจากต่างประเทศ

4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากร เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ และพัฒนาระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน เช่น สื่อโซเชียล ออนไลน์ เป็นต้น
5. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชนในการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน รวมถึงผู้นำชุมชนทุกระดับ เพื่อให้การทำงานครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นไปด้วยความรวดเร็ว
6. กำหนดแนวทางในการเสริมพลังให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน เช่น การจัดสวัสดิการ การเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษในการปฏิบัติงานนอกเวลาของบุคลากร และในสถานการณ์เสี่ยง การวางแผนสรรหาอัตรากำลังเพิ่มเติมในระยะยาว การชื่นชมยกย่อง การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น (Udompittayason, Chaikongkiat, Plianbumroong, Musigawan, Kaewmanee, Kajonkittiya, et al., 2023)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ และมีบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($M = 3.37, SD = 0.49$ และ $M = 3.45, SD = 0.45$ ตามลำดับ) และต้องมีการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้บริหารและปฏิบัติ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น และหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งกับประชาชนในและนอกพื้นที่ (Udompittayason, Chaikongkiat, Plianbumroong, Musigawan, Kaewmanee, Kajonkittiya, et al., 2023) เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบรุนแรงในวงกว้าง การบริหารจัดการจึงจำเป็นต้องดำเนินการในทุกมิติเพื่อให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรค และลดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคม การรับดำเนินการเพื่อการป้องกันจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อาจประสบปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย ดังนั้น การใช้ภาษาในการสื่อสาร และให้ความรู้กับประชาชน ที่ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูในการสื่อสาร และอุปสรรคของการรับรู้และปฏิบัติการด้านสุขภาพของประชาชนที่บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้เฉพาะด้านการประยุกต์ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมในพื้นที่ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชนหรือมัสยิด ในขณะที่ในพื้นที่ภูมิภาคอื่น จะมุ่งเน้นการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงคนได้หลากหลายผ่านช่องทางออนไลน์ และสื่อมวลชน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการสำคัญ 6 ด้าน และเร่งพัฒนาความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทุกช่องทางให้กับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องของการเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการที่เกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้โควิด-19 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจ และนำสู่การปฏิบัติตามบทบาทเกี่ยวกับการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยรวมและด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด พบว่า ด้านการประสาน และการจัดการข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากัน ทั้งด้านความรู้และบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 ตามมาตรการของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ($M = 3.28, SD = 0.58$ และ $M = 3.28, SD = 0.52$) อาจเนื่องด้วยในการบริหารจัดการระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงต่อชีวิต และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในการดำเนินการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานจากหลากหลายกระทรวงไม่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชน ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ตามมาตรการ 6 ด้าน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข จึงอาจเป็นเหตุให้ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทด้านการประสานและจัดการข้อมูล จึงยังมีค่าเฉลี่ยในระดับมากแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เชื่อว่าการประสานงาน และการจัดการข้อมูลที่ดี จะช่วยให้การดำเนินการคัดกรองและป้องกันกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น “การประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึงสม่ำเสมอในเรื่องนโยบายแนวทางการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ” (Hengchaiyo & Intana, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาความสำเร็จ

ของการบริหารจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดจากการมีประสบการณ์ในการวางแผนร่วมกับหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤติ และสาธารณสุขที่ผ่านมา (Bunsong, Thongsuk, & Chukumnerd, 2021) ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่หน่วยงานสาธารณสุขต้องมีการพัฒนา และปรับปรุงกระบวนการทำงานในด้าน การประสานความร่วมมือและการจัดการข้อมูลที่มีแนวโน้มที่ต้องประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นระบบมากขึ้น เนื่องด้วยในอนาคตมีแนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่ อาทิ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonoses) เช่น ไวรัสโคโรนา อีโบล่า และไข้หวัดนก ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการสัมผัสกับสัตว์ป่า การดื้อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Resistance) การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมทำให้แบคทีเรียและไวรัสดื้อต่อยา มีผลให้การรักษาโรคติดเชื้อธรรมดา เป็นไปได้ยากขึ้น โรคที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม (Climate-Related Diseases) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดโรค เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก และโรคที่เกิดจากน้ำท่วม และการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางการค้าและการ เดินทางระหว่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานในรูปของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (BBC news, 2021) ผลลัพธ์การดำเนินงานในพื้นที่ ที่เกิดประโยชน์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ได้แก่ ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการในระบบ บริการปฐมภูมิทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อค้นหาติดตามกลุ่ม เสี่ยง การส่งต่อในขณะเดียวกันการปรับ ระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ ก็ต้องปรับระบบไป พร้อม ๆ กันเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ ทั้งด้านศาสนา ความเชื่อ และการใช้ภาษาในการสื่อสารเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานระดับกระทรวงควรมีการกำหนดนโยบาย หรือแนวทางในการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน กับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยจัดทำแนวปฏิบัติในกรณีการประสานส่งต่อข้อมูล และการดำเนินงานระหว่าง หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกำหนดช่องทางสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เพื่อชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความเครียดในการทำงาน
2. การเสริมสร้างการตอบสนองทางสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอใน การป้องกันและควบคุมการระบาด ที่เน้นการทำงานแบบเชิงรุกร่วมกันในรูปแบบภาคีเครือข่ายของหน่วยงาน ทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด ถึงระดับหมู่บ้าน เช่น การจัดทำระบบฐานข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ
3. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากรของเครือข่ายปฐมภูมิ เพื่อเป็นฐานข้อมูล ในการวางแผนและพัฒนา ระบบบริการในพื้นที่
4. เพิ่มช่องทางและรูปแบบรวมทั้งภาษาที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรู้แก่ประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันโรคโควิด 19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยติดตามรูปแบบการทำงานร่วมของการจัดระบบบริการสาธารณสุขในการติดตามผู้สัมผัสเชื้อโควิด-19 ของภาคเครือข่าย
2. การวิจัยและพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิษฐ์

References

- BBC News. (2021). *Covid in the Southern Border: "The Public Health System in 3 Provinces has Collapsed, That's Why We're Seeing This Kind of Breakthrough"* BBC News Thai Covid in the Southern Border: "The Public Health System in 3 Provinces has Collapsed, That's Why We're Seeing This Kind of Breakthrough". Retrieved October 21, 2021 from <http://www.bbc.com/thai/thailand-58951871>. (in Thai)
- Bunsong, U., Thongsuk, P., & Chukumnerd, P. (2021). Crisis management during the covid 19 pandemic by first - Line nurse administrators in community hospitals in southern Thailand's five border provinces. *Journal of Health and Nursing Education*, 7(2), 137-149. (in Thai)
- Chiwat, T., Mai-Ngam, N., Dumchuen, N., Amesbutr, J., Thana, P., & Chisrilak, C. (2021). *Behavioral Economics on Life Journey*. Journal of Health Systems Research 17(3). Retrieved March 20, 2021 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full>. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *The Coronavirus Disease 2019 Situation*. Retrieved March 20, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/covid-19-dashboard/?dashboard=province>. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Practice Guidelines for the Management of COVID-19 Pandemic under the Section 9 of the Emergency*. Retrieved April 3, 2020 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/other/g_other02.pdf. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Guideline of Health Workers to Response in the Event of Coronavirus Disease 2019 Outbreak*. Retrieved March 20, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/other/G42_1.pdf. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Public Health Officials' Guide to Responding to Emergencies in the Case of the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 in Thailand*. Nontaburi: Office of Printing Affairs, War Veterans Organization under Royal Patronage. (in Thai)
- Hengchaiyo, C., & Intana, J. (2021). The role of community nurse practitioner in control and prevention coronavirus 2019 : Areas of responsibility of Pak Chong Health Promoting Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 1(2), 67-74. (in Thai)
- Joost, H., Benedetta, A., & Shaheen, M., (2020). Managing COVID-19 in low- and middle-income countries. *JAMA*, 323(16). doi:10.1001/jama.2020.416.
- Karunan K., Udompittayason W, Chaiikongkiat P., Plianbumroong D., Musigwan A., Kaewmanee P, & et al. (2023). Roles of muslim region leaders in the primary healthcare system for the management of COVID 19: A case study in three southern border provinces in Thailand. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(3), 66-87. (in Thai)
- Lincoln, Y., Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: Sage.
- Mile, M., & Huberman A. (1994). *An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis*. 2nd ed. California: Sage.

- Ritruechai S., Phag-Udom V., & Charoenchai S. (2021). Development of psychological first aid training: Online education in COVID times for multidisciplinary team in primary health care system. *Journal of Nursing and Education*, 14(10), 1-13. (in Thai)
- Thai News. (2021). *Causes of COVID-19 Infection in the Southern Border Provinces*. Retrieved March 20, 2021 from https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG_2003291649589. (in Thai)
- Udompittayason, W., Chaikongkiat, P., Plianbumroong, D., Musigawan, A., Kaewmanee, P., Kajokittiya, K., et al. (2023). Roles of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups in three southern border provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 31(3), 531-552. (in Thai)
- Vorapongsathorn, S. (2015). *Research in Health Education*. Bangkok: Witthayu Printing House. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน

Effect of the Motivation Enhancing Program on Foot Complication Prevention
Behaviors Among Uncontrolled Diabetic Persons in Communities

อุมาพร นกแพทย์^{1*}, ศิวพร อึ้งวัฒนา², นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี²

Umaporn Nokpaet^{1*}, Sivaporn Aungwattana², Noppamas Sripetchwandee²

¹นักศึกษานิเทศศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่,

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

¹Master Student Faculty of Nursing, Chiangmai University, Thailand,

²Faculty of Nursing, Chiangmai University, Thailand

(Received: May 17, 2024; Revised: November 10, 2024; Accepted: December 5, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการ ตามปกติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน จำนวน 48 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ โรเจอร์ (Rogers, 1986) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และค่า ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Paired Sample t-test และ สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่เท้า ($M = 59.50, SD = 7.18$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 33.92, SD = 2.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่เท้า สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 34.63, SD = 2.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถนำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาล ไม่ได้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: umaporn@bcnsurat.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the average scores for preventing foot complication behaviors in one group, before and after participation in a new motivation enhancing program, and between that group and a control group that received normal hospital service for a period of four weeks. The sample group of 48 uncontrolled diabetic people from a community was divided into two groups, an experimental group, and a control group, with 24 participants per group. The program was developed from the concept of Roger's Protection Motivation theory (1986). Data were collected via two instruments: a demographic data questionnaire and a behavior questionnaire on preventing foot complications, with a content validity index of 1.00 and reliability of 0.88, using Cronbach's alpha coefficient. The data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-tests, and independent t-tests. The study results showed as follows.

1. The group who received the motivation enhancing program had significantly higher average scores for foot complication preventing behaviors ($M = 59.50$, $SD = 7.18$) than before receiving the program ($M = 33.92$, $SD = 2.02$).

2. The group who received the motivation enhancing program had significantly higher average scores than the control group which received normal hospital services ($M = 34.63$, $SD = 2.83$) with statistical significance ($p\text{-value} < .001$).

The outcome suggests that this motivation enhancing program can be used to change behaviors related to foot complication prevention in uncontrolled diabetic persons.

Keywords: Prevention Behaviors, Motivation Enhancing Program, Foot Complication, Uncontrolled Diabetic Persons in Communities,

บทนำ

ภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ถือเป็นปัญหาที่ตามมาจากการเป็นโรคเบาหวานที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และยังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) พบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น 783.2 ล้านคน หรือร้อยละ 12.2 (International Diabetes Federation, 2022) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 5 วินาที สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าวถึง 16,388 คน คิดเป็นอัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน (Division of Non Communicable Diseases, 2022) โดยในจำนวนดังกล่าวมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 25.62 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (Health Data Center, 2022) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งจากข้อมูลผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีเพียงร้อยละ 30.41 และในระดับภูมิภาคทั้ง 13 เขตสุขภาพ มีผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขทุกภูมิภาค โดยในเขตภาคใต้ตอนบนมีผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 34.91 และจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 29.77 จากรายงานจำนวนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่เพิ่มขึ้น และความสามารถในการควบคุมน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ (Health Data Center, 2022) ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะเบาหวานจึงควรควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, & Endocrine Society of Thailand, 2023)

ภาวะเบาหวานยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจมีความรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังรุนแรง ได้แก่ หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะไตจากเบาหวาน ภาวะเส้นประสาทจากเบาหวาน โดยเฉพาะที่เท้า (Janprempree, 2021) โดยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบได้ร้อยละ 8.00 - 17.00 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา พบได้ร้อยละ 20.00 และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต พบได้ร้อยละ 40.00 (Nukulkit & Sareerat, 2018) ถึงแม้ว่าจากสถิติจะพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้น้อยที่สุด แต่ถ้าหากเกิดภาวะนี้ขึ้นจะต้องมีการรักษาแบบเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะเบาหวานเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้สูงขึ้น เนื่องจากหากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะปลายประสาทเท้าเสื่อม ส่งผลให้การรับรู้สึกต่าง ๆ ที่เท้าลดลง ร่วมกับการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง (Siriniyomchai, Panyoyai, & Picharn, 2016) หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จะส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ถ้าหากถูกตัดนิ้วเท้า หรือขา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการขึ้น หากรุนแรงจนถึงมีการติดเชื้อในกระแสเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ด้านจิตใจ การสูญเสียอวัยวะจะส่งผลทางด้านจิตใจทั้งกับผู้ป่วย และครอบครัว เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับภาวะที่เกิดขึ้น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน การสูญเสียผลผลิต ความพิการ การเกษียณอายุก่อนวัย หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Cooney, 2014)

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลผู้ป่วยเท้าเบาหวานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเกิดขึ้นใหม่จำนวน ร้อยละ 1.7 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้าหรือขาจำนวนร้อยละ 0.1 ต่อประชากรแสนคน (Wishutanon, 2021) ด้วยการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าโดยตรวจค้นหาและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรก ร่วมกับมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Seelacharoen (2017) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน ดังนั้นนอกจากการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมแล้ว การมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ ดังการศึกษาของ Chuepan (2016) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลเท้าแบบบูรณาการ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าด้วยการตรวจเท้าด้วยตนเอง การบริหารเท้า และการป้องกันอุบัติเหตุต่อการเกิดแผลที่เท้าโดยการสวมรองเท้าที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Harutathaworn, Nuysri, & Iemsawasdikul (2020) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ด้วยการบริหารเท้า จะช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงบริเวณเท้า ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าที่ผู้ที่มีภาวะเบาหวานสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง เป็นการนำองค์ประกอบของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประกอบด้วย 1) การตรวจเท้าด้วยตนเองเพื่อตรวจดูความผิดปกติที่เท้า 2) การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และ 3) การบริหารเท้า เพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงบริเวณเท้า ส่งผลให้เส้นประสาทส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงดีขึ้น หากผู้ที่มีภาวะเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าครบถ้วนทั้ง 3 พฤติกรรมนี้จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งแรงจูงใจเป็น การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่จงใจกระทำโดยมีสิ่งเร้าหรือสิ่งจูงใจมากระตุ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการ บุคคลจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นแนวคิดที่มีการกล่าวถึงและนำมาใช้ในการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง (Nonthapha, & Navicharern, 2017) โดยมีแนวคิดที่ว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะคุกคาม ประเมินว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนั้น และโรคนั้นมีความรุนแรงรวมทั้งต้องประเมินการเผชิญปัญหา โดยประเมินตนเองสามารถป้องกันโรคได้และคาดหวังผลลัพธ์นั้นเป็นผลที่ดีกับตน บุคคลนั้นจึงมีพฤติกรรมป้องกัน (Rogers, 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1986) มีแนวคิดเริ่มต้นจากการกระตุ้นความกลัว โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) ความคาดหวังในผลดีของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ดังเช่นการศึกษาที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยของ Thangthum, Makkabphalanon, Phawo, & Poolpol (2023) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaipet, Kaewklum, Sonrat, & Wittayapun (2017) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่หลากหลาย แต่ยังไม่มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะพบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามการเสื่อมตามวัยของร่างกาย (Moungkum, Srisopa, Kunsongkeit, Ponpinij, Wiseso, Chantamit-O-Pas, et al., 2020) ดังนั้น หากมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในกลุ่มวัยทำงานอายุ 30 - 59 ปี ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่ยังไม่พบความผิดปกติ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะบุคคลในกลุ่มวัยนี้พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงขึ้น และเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม รวมถึงมีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย มีการทำงานเพื่อหาเลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เท้าได้มากกว่าปกติ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) โดยจากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยใช้ระยะเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้นักศึกษาปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Rogers, 1986) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

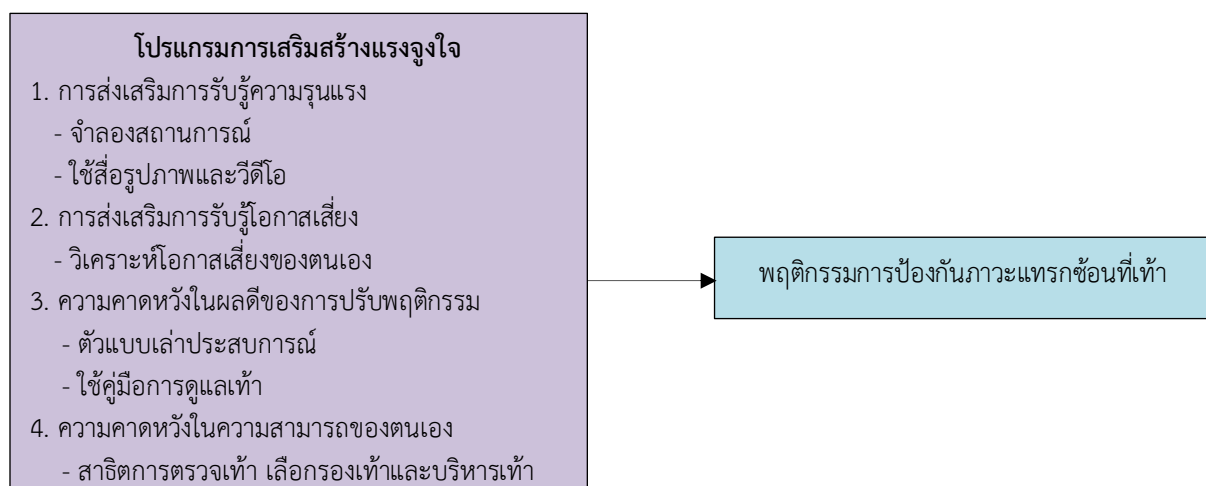
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) ซึ่งมีแนวคิดเริ่มต้นจากการกระตุ้นความกลัว โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 ขั้นตอน การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง ด้วยการจำลองสถานการณ์เมื่อถูกตัดเท้าร่วมกับการใช้สื่อรูปภาพและวิดีโอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่า 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า โดยใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์และคู่มือการดูแลเท้า และคู่มือการตรวจเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการบริหารเท้าเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า โดยการสาธิตการตรวจเท้า การบริหารเท้า และการเลือกรองเท้าที่เหมาะสม โดยกระบวนการดังกล่าวกระทำอย่างเป็นขั้นตอนที่จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่า นำไปสู่การเกิด ความตระหนักในการดูแลเท้า มีความรู้ในการดูแลเท้าที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ประกอบด้วย 1) การตรวจเท้าด้วยตนเอง 2) การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และ 3) การบริหาร โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าได้ต่อไป ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest - Posttest Experimental Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 30 - 59 ปี ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากทั้งหมด 19 อำเภอ คัดเลือกพื้นที่วิจัยหนึ่งอำเภอ โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ได้แก่ อำเภอเมือง จากนั้นคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองจำนวน 12 แห่ง จากทั้งหมด 11 ตำบล ด้วยการสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน สุ่มได้พื้นที่ตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และพื้นที่ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่กลุ่มควบคุม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (Subpaiboonkit, Aungwattana, & Tamdee, 2021) โดย Effect Size เท่ากับ 0.92 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 (Thato, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกรณีไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา จำนวน 24 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกในกลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกุ้ง จำนวน 24 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีความสามารถใช้เครื่องมือสื่อสารที่มีแอปพลิเคชันไลน์ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน จากการประเมินโดยแพทย์ประจำรพ.สต. ทุก 6 เดือน 3) HbA1C > 7 mg% 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย ส่วนคุณสมบัติที่ต้องคัดออก คือ ผู้ที่มองเห็นไม่ชัดเจน มีอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย จากการประเมินด้วยการซักประวัติ และคุณสมบัติที่ต้องยุติการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง อาทิ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดแผลที่เท้าขึ้นระหว่างอยู่ในโครงการวิจัย เหตุผลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) 4 ขั้นตอนโดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้วยการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน จากกิจกรรมการจำลองสถานการณ์เมื่อถูกตัดเท้าร่วมกับมีการใช้สื่อรูปภาพและวิดีโอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน จากกิจกรรมการวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 3) ความคาดหวังในผลดีของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ และมอบคู่มือการดูแลเท้า และคู่มือการตรวจเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการบริหารเท้าเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยการสาธิตการตรวจเท้า การบริหารเท้า และการเลือกรองเท้าที่เหมาะสม

1.2 คู่มือการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

1.3 คู่มือการตรวจเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการบริหารเท้าสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน

1.4 สื่อรูปภาพและวิดีโอที่ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ รูปภาพแสดงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) และวิดีโอแสดงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 2021)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 8 ข้อ การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม 7 ข้อ และการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่เท้า 5 ข้อ เป็นข้อความให้เลือกคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลยในสัปดาห์ที่ผ่านมา) มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ปฏิบัติบางครั้ง (1 - 3 วันต่อสัปดาห์) มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 - 6 วันต่อสัปดาห์) มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 และปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา) มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการรวมคะแนนทั้ง 20 ข้อ ซึ่งมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยวิธีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับของเนื้อหา ครอบคลุมเนื้อหาที่สอดคล้อง แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) โดยพบว่าแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน (Content Validity for scale: S-CVI) เท่ากับ 1.00

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นในแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนที่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีวิชัย ซึ่งอยู่ห่างจากพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient Reliability) ซึ่งกำหนดให้ค่าความเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ .7 โดยแบบประเมินนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น .88 (Cronbach, 1951)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 แห่ง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์
3. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง 30 นาที) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
2. ดำเนินการตามโปรแกรมขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ด้วยการจำลองสถานการณ์หากท่านถูกตัดเท้าหรือตัดขา โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความยากลำบากของการใช้ชีวิตหากเกิดความพิการ จากนั้นให้ได้รับชมรูปภาพและวิดีโอแสดงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และสรุปความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร่วมกัน
3. ดำเนินการตามโปรแกรมขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัจจัยและโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของตนเองว่ามีอะไรบ้าง จากนั้นผู้วิจัยจะสรุปปัจจัยเสี่ยงโดยภาพรวมอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 (2 ชั่วโมง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ดำเนินการตามโปรแกรมขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยผู้วิจัยนำเสนอผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ และมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอย่างถูกต้อง ได้บอกเล่าประสบการณ์ และวิธีการดูแลตนเอง จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลเท้า และคู่มือการตรวจเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการบริหารเท้าสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานให้แก่กลุ่มตัวอย่าง
2. ดำเนินการตามโปรแกรมขั้นตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจเท้าและการบริหารเท้าตามขั้นตอนอย่างถูกวิธี จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ และให้เลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 3 - 4 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้าด้วยตนเองตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และให้กลุ่มตัวอย่างส่งรูปภาพหรือวิดีโอการดูแลเท้าในไลน์ และพูดชมเชยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าด้วยตนเอง โดยไม่มีการติดตามผล

สัปดาห์ที่ 6 (1 ชั่วโมง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสรุปการดำเนินการวิจัย เป็นการสิ้นสุดการวิจัย

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ การประกอบอาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Shapiro Wilk Test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($Sig = .693$)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Shapiro Wilk Test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($Sig = .341$)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2566-EXP129 ลงวันที่ 13 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ($n = 24$)

พฤติกรรมการป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง	33.92	2.02	59.50	7.18	<.001
กลุ่มควบคุม	34.38	3.17	34.63	2.83	.185

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 33.92 ($SD = 2.02$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 59.50 ($SD = 7.18$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 48$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ		กลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ		p-value
	M	SD	M	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรม	33.92	2.02	34.38	3.17	.554
หลังได้รับโปรแกรม	59.50	7.18	34.63	2.83	<.001

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเท่ากับ 33.92 ($SD = 2.02$) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เท่ากับ 34.38 ($SD = 3.17$) ซึ่งมีความไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .554$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ภายหลังการได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 59.50 ($SD = 7.18$) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 34.63 ($SD = 2.83$) ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) จากผลการวิจัย ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เท้าเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 1986) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยการใช้การจำลอง สถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน หากถูกตัดเท้าหรือถูกตัดขา เป็นผู้พิการและจะต้องมีการสวมกางเกงและรองเท้า จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลองยืน เดิน และประเมินว่ามีความรุนแรงและความยากลำบาก ร่วมกับการใช้สื่อรูปภาพ และวิดีโอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ซึ่งสื่อรูปภาพและวิดีโอจะนำเสนอให้เห็นถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงความรุนแรงอย่างชัดเจน โดยหลังจากการนำเสนอ การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้แสดงออกถึงความกลัว ผ่านทางสีหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Subpaiboonkit, Aungwattana, & Tamdee (2021) พบว่า หลังจาก นำเสนอประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างแสดงความกลัวจากสีหน้าที่ แสดงออกมาและแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารโดยตอบคำถามในส่วนของ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พร้อมทั้งมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยได้รับรู้ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) ผู้ป่วยจะต้องเกิด ความกลัวจากการที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงจะทำให้เกิดความตระหนักเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมตามมา

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์ โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า สอดคล้องตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) ที่ทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ รวมถึงผู้วิจัยจะอธิบายและยกตัวอย่างปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจปัจจัยเสี่ยงของตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกันในเรื่องของปัจจัยและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถ วิเคราะห์ปัจจัยของตนเองได้ เช่น การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การไม่ดูแลรักษาเท้า การไม่บริหารเท้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Seelacharoen (2017) พบว่า พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมี ความสัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน หากมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม จะทำให้มีโอกาสเกิดแผลเท้า เบาหวาน นอกจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มเติมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมิน โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้มีการรับรู้ถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยการเล่าประสบการณ์ และวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจากตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าที่ถูกต้องเหมาะสมไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นผู้ที่ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Subpaiboonkit, Aungwattana, & Tamdee (2021) พบว่า ตัวแบบจะทำให้เกิดการเรียนรู้และเห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้น หากตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ผลดีของการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า สามารถตอบสนองความคิดเห็นและตอบคำถามแก่ตัวแบบและผู้วิจัยได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้คู่มือการดูแลเท้า และคู่มือการตรวจเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการบริหารเท้าเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้อ่านประกอบทำความเข้าใจเนื้อหา ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของตนเองได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phasukdee, & Satayavongthip (2023) พบว่า ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่กล่าวว่าการรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยการสาธิตการตรวจเท้าและการบริหารเท้าอย่างถูกวิธี โดยผู้วิจัยจะอธิบายการตรวจเท้าและการบริหารเท้าอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งสาธิตการตรวจเท้า และการบริหารเท้าทั้ง 4 ท่าตามแนวคู่มือการพยาบาลการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้เป็นเบาหวาน (Suwannakin, 2016) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูก่อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้สาธิตย้อนกลับด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มทักษะและความมั่นใจว่าตนเองสามารถตรวจเท้าและบริหารเท้าได้ด้วยตนเอง ในการสาธิตย้อนกลับถือเป็นวิธีการที่นำมาใช้ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและได้ลงมือปฏิบัติจริงตามแนวความคิดการเรียนรู้ของแบนดูรา เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ (Bandura, 1986) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถสาธิตย้อนกลับวิธีการตรวจเท้าและบริหารเท้าได้อย่างถูกวิธี นอกจากนั้นยังมีการติดตามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใช้กันอย่างทั่วไพบทำให้สามารถติดตามซักถามได้อย่างเป็นปัจจุบันสอดคล้องกับการศึกษาของ Sriprasert, Aungwattana, & Tamdee (2023) ที่ได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ติดตามพฤติกรรม ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งให้มีการพูดคุยซักถามเพื่อการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการโต้ตอบแสดงความคิดเห็นผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมกับส่งคลิปวิดีโอการตรวจเท้าของตนเองได้

จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 33.92 ($SD = 2.02$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 59.50 ($SD = 7.18$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thangthum, Makkabphalanon, Phawo, & Poolpol (2023) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < .05$) โดยจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (ตารางที่ 2) อภิปรายผลได้ ดังนี้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ เนื่องมาจากผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 1986) ซึ่งกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าขึ้นได้ และกลุ่มที่ได้รับการปกติ ซึ่งไม่ผ่านกระบวนการของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า 59.50 ($SD = 7.18$) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า 34.63 ($SD = 2.83$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยกลุ่มที่ได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีความตั้งใจ และมีความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า โดยจุดเด่นของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจจะกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้เกิดความกลัวในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากการได้เห็นภาพความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ได้รับรู้โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าของตน นำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าทั้ง 3 พฤติกรรม ซึ่งสามารถเข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และระยะเวลาการดำเนินการของโปรแกรมใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ มีความเหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากบุคคลในวัยนี้จะต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว จึงอาจจะไม่เหมาะสมหากจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมหลายสัปดาห์ โดยเมื่อเทียบกับการบริการตามปกติซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจได้รับเพียงการสอนสุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าโดยทั่วไปได้รับการให้คำแนะนำในเรื่องของการควบคุมน้ำตาลในเลือด และได้รับตรวจคัดกรองความผิดปกติที่เท่าเป็นประจำทุก 1 ปี จึงทำให้ไม่เกิดการรับรู้กระบวนการในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่า ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าเช่นเดิม โดยยืนยันจากการศึกษาของ Subpaiboonkit, Aungwattana, & Tamdee (2021) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thangthum, Makkabphalanon, Phawo, & Poolpol (2023) พบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพใช้งานโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือผ่านการอบรมเพื่อให้มีองค์ความรู้ในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโปรแกรมฯ สามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ทำงาน ด้วยการสร้างแรงจูงใจในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมฯ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าที่เหมาะสม

2. ด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการออกแบบบริการในกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน หรือในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในกลุ่มวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เท่าและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท่าเพิ่มเติม
2. การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากกลุ่มวัยทำงานมีความเหมาะสมที่จะนำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจมาใช้งานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. การศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ได้ เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ สามารถจัดเป็นรายบุคคล หรือกลุ่มย่อยได้ และสามารถจัดเป็นชุดกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้ในแต่ละพื้นที่ของการศึกษา
4. การศึกษาการติดตามผลในระยะยาวในการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 3 - 6 เดือน เพื่อประเมินการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มวัยทำงาน

References

- Bandura, A. (1986). *Social Cognitive Learning Theory*. New Jersey: Prentice-hall.
- Chaipet, N., Kaewklum, U., Sonrat, S., & Wittayapun, Y. (2017). Non communicable diseases (NCD's) high risk patients: Effectiveness of a health behaviors changing programs on health behavior in Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 45-62. (in Thai)
- Chuepan, S. (2016). Impact of an integrative podiatric care programme on foot-care behaviour, foot conditions and the HbA1c level in diabetes patients with high susceptibility to foot wounds. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 111-123. (in Thai)
- Cooney, N. (editor). (2014). *Literature Review: The Current Situation and Care Model of Non - Communicable Diseases*. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Art Qualified.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, & Endocrine Society of Thailand. (2023). *Clinical Practice Guidelines for Diabetes 2023*. Retrieved August 29, 2023 from <https://www.dmthai.org/new/index.php/activities-and-news/news-pr/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566> (in Thai)
- Division of Non Communicable Diseases. (2022). *2022 Annual Report on Chronic Non-Communicable Diseases*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2021). *Healthy with Suan Dok Doctor: Understanding Diabetic Foot*. [Video]. Retrieved March 3, 2023 from <https://www.youtube.com/watch?v=ByPxxdsCJWI> (in Thai)
- Harutaithaworn, R., Nuysri, M., & Iemsawasdikul, W. (2020). Effects of a foot care program for risk foot ulcer of type 2 diabetes mellitus patients at Samrong Thap district, Surin province. *Thai Journal of Nursing*, 69(4), 21-30. (in Thai)
- Health Data Center. (2022). *Report on NCD ClinicPlus Indicators*. Retrieved March 3, 2023 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022 (in Thai)
- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2013). *Clinical Practice Guideline: Prevention and Management of Diabetic Foot complications*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2022). *Diabetes Facts & Figures*. Retrieved March 10, 2023 from <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.
- Janprempree, K. (2021). Prevalence and factors associated to diabetic nephropathy in patients with type diabetes mellitus of Danchang hospital, Suphanburi. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 18(3), 225-237. (in Thai)
- Moungkum, S., Srisopa, P., Kunsongkeit, W., Ponpinij, P., Wiseso, W., Chantamit-O-Pas, C., & et al. (2020). Factors influencing the occurrence of small blood vessel complications in patients with type 2 diabetes. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 74-84. (in Thai)
- Nonthapha, S., & Navicharern, R. (2017). Factors related to protection motivation theory and breast cancer prevention behavior among teachers in provincial school, central region. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(2), 23-35. (in Thai)
- Nukulkit, S., & Sareerat, T. (2018). Effectiveness of health promotion program with group process on the self-care behaviors modification of type 2 diabetic patients at Sukkasem community health center, Tambon Tatcheungchum, Muang, Sakon Nakhon. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(1), 77-86. (in Thai)
- Phasukdee, P., & Satayavongthip, B. (2023). Factors related with self-care behaviors for prevention complications among type 2 diabetic mellitus patients. *Thai Journal of Health Education*, 46(1), 131-142. (in Thai)
- Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory. *Health Education Research Theory and Practice*, 1(3), 153-161.
- Seelacharoen, N. (2017). Relative factors for diabetic foot ulcers patients in diabetic mellitus type 2 in Doembangnangbuat district, Suphanburi province. *Journal of the Department of Medical Services*, 42(3), 85-95. (in Thai)
- Siriniyomchai, R., Panyoyai, P., & Picharn, S. (2016). Assessment of foot ulcer risk and nursing management in patients with diabetes: The role of nurses. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 145-155. (in Thai)

- Sriprasert, K., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2023). *Effect of Tele-Nursing-Based Self-Management Program on Health Behaviors of Persons with Uncontrolled Diabetes Mellitus in the Community*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Master's Degree in Community Nurse Practitioner Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Subpaiboonkit, P., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2021). *Effects of the Motivation Program on Dietary Behaviors and Blood Sugar Level Among Uncontrolled Diabetic Persons*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Master's Degree in Community Nurse Practitioner Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Suwannakin, A. (2016). *Nursing Manual for Foot Care to Prevent Ulcers in Diabetic Patients*. Retrieved February 24, 2023 from https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/diabetes/admin/knowledges_files/22_44_1.pdf (in Thai)
- Thangthum, W., Makkabphalanon, K., Phawo, P., & Poolpol, W. (2023). The effect of the disease prevention enhancement program which applied protection motivation theory on disease prevention behaviors in people at risk of diabetes: Case study. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(7), 211-225. (in Thai)
- Thato, R. (2021). *Nursing Research: Concepts to Application*. (5th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Wishutanon, S. (2021). A retrospective evaluation of diabetic foot care at diabetic foot clinic, Vachiraphuket hospital. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, 43(2), 53-60. (in Thai)

สถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้
Violence Affecting the Nursing Performance
in Provincial Hospitals of Southern Thailand: A Study on Causes and Impacts

กฤษณา สังคมณีนิจ¹, รุ่งนภา จันทร^{2*}, พรรษา หวานบุญ³, จารุวัฒน์ สาลีพันธ์⁴, รชยา ยิกุลสังข์¹, พลช เพ็งแก้ว¹
Kritsana Sungkamuneenjind¹, Runghnapa Chantra^{2*}, Pansa Wanbun³, Jaruwat Sumleepun⁴,
Rajaya Yekusung¹, Paloch Pengkaew¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก,

³โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, ⁴โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

¹Faculty of Nursing Suratthani Rajabhat University,

²Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,

³Chumphon Khet Udomsak Hospital, ⁴Suratthani Hospital

(Received: May 1, 2024; Revised: December 6, 2024; Accepted: December 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้ โดยใช้วิธีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง ใน 6 จังหวัด ผู้ให้ข้อมูลหลักคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรงในการประสบพบเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตภาคใต้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม จำนวน 36 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 24 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือก คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรงประสบพบเหตุความรุนแรงเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการเกิดความรุนแรง สถานการณ์ และสาเหตุของความรุนแรงที่เกิดขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก หาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงด้วยดัชนีความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหาที่ปรากฏ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามหลักการของกูบและลินคอร์น (1989) ผลการวิจัย พบว่า

1. สาเหตุการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้รับบริการใช้คำพูด วาจาไม่เหมาะสม โดยมีสาเหตุร่วมคือการใช้สารเสพติดติดหรือการดื่มสุรา ผู้ให้บริการเกิดจากพฤติกรรมบริการ รวมถึงสถานที่ในการให้บริการ และสถานที่รอคอยซึ่งแออัดคับแคบ เก้าอี้นั่งรอไม่เพียงพอ
2. ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านความปลอดภัย ด้านชื่อเสียงขององค์กร และต่อผู้รับบริการด้านความปลอดภัย ความล่าช้าในการให้บริการ
3. มาตรการป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในแต่ละองค์กรที่แตกต่างกันตามบริบทเสนอแนะให้หน่วยงานจัดอบรมด้านการสื่อสารแก่บุคลากรทางสุขภาพ และมีการถ่ายทอดแนวปฏิบัติการจัดการความรุนแรงในองค์กรแก่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: ความรุนแรงในที่ทำงาน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดชายแดนภาคใต้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rungnapac64@gmail.com)

Abstract

This qualitative research aimed to study the violence situations affecting the performance of nursing personnel in the Accident and Emergency Departments of public hospitals of Southern Thailand. The purposive sampling method was used. Primary informants were professional nurses who had direct experiences with violent incidents in six provincial hospitals in the southern region. The sample group included 36 participants in focus group discussions and 24 participants in in-depth interviews. The inclusion criteria were professional nurses with direct experiences of violent incidents to gather information regarding the forms, situations, and causes of violence. The research tools consisted of discussion topics for focus groups and questions for in-depth interviews. Content validity was assessed by five experts, and internal consistency was ensured through index of reliability. Data were analyzed based on content analysis, and the reliability of the findings was verified by following Guba and Lincoln's principles (1989). The research results showed the following.

1. The primary causes of violence in the Accident and Emergency Department included inappropriate verbal behavior from patients, often linked to substance abuse or alcohol consumption. On the provider side, causes included service behavior, the service environment, and overcrowded waiting areas with insufficient seating.

2. The incidents affected staff safety, organizational reputation, and patients' safety, resulting in delays in service delivery.

3. Preventive measures varied depending on the organizational context.

The study recommends that organizations provide communication training for healthcare personnel and widely disseminate violence management practices within the organization to ensure comprehensive implementation.

Keywords: Verbal Violence, Emergency and Accident Department, Border Southern Thailand

บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลเป็นปัญหาในสังคมปัจจุบันที่เกิดขึ้นบ่อยทั้งในประเทศไทย (Suvitawat, 2022) และต่างประเทศ (Vento, Cainelli, & Vallone, 2020) ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอยู่ในรูปแบบ เช่น เกิดกับผู้ปฏิบัติงานที่ถูกคุกคาม ทารุณกรรม หรือโจมตีภายใต้บริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมถึงการสื่อสารที่เกิดจากการทำงาน เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทั้งรูปแบบที่มองเห็นหรือมองไม่เห็น ความเป็นอยู่และสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทางเพศ การถูกกลั่นแกล้งรังแก (Varghese, Joseph, Vijay, Khakha, Dhandapani, Gigini, et.al, 2022) เป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงและกำลังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก (Aljohani, Burkholder, Tran, Chen, Beisenova, & Pourmand, 2021; Donald & Lindsay, 2023) สถานที่ที่พบอุบัติการณ์การใช้ความรุนแรงขณะทำงานมากที่สุดคือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Abdellah & Salama, 2017) จากรายงานสถานการณ์และลักษณะความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีรูปแบบและลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ทั่วโลก ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ ผลการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้ม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 331, 544 คน พบว่า ร้อยละ 61.9 มีประสบการณ์พบเจอกับความรุนแรงในที่ทำงาน (Liu, Gan, Jiang, Li, Dwyer, Lu, et al., 2019) โดยในทวีปเอเชียและอเมริกาเหนือเป็นประเทศที่พบความรุนแรงมากที่สุด (Donald & Lindsay, 2023) ประเทศไทยเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลพบรายงานอุบัติการณ์อยู่ระหว่างร้อยละ 84.7 – 88.4 (Chayyaphong, Lormphongs, & Phatarabuddha, 2017; Nithimathachoke & Wichienopparat, 2021)

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกหนึ่งในโรงพยาบาลที่เป็นด่านหน้าในการให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ มีความหลากหลายทั้งทางช่วงอายุ ตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงวัยชรา และความหลากหลายทางอาชีพ ทั้งที่เป็นประชาชนทั่วไป นักเรียน ข้าราชการ พนักงานเอกชน พนักงานของรัฐ และผู้รับจ้างอิสระ และสาเหตุความเจ็บป่วยที่ชักนำให้ผู้มารับบริการต้องเข้าทำการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ญาติ รวมถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกฝ่ายที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างเร่งรีบ และตกอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลาการปฏิบัติงาน อันเนื่องมาจากความกดดันของผู้มารับบริการ (Suvitawat, 2022; Phuengprasert, 2018) ปัญหาการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ต่อเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการ หรือ ญาติ และการขาดความรู้ความเข้าใจ ด้านการใช้เทคโนโลยีของบุคลากร ประกอบกับระบบการทำงานที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความล่าช้าต่อการให้บริการ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ทันในขณะนั้น การใช้ความรุนแรงก็จะเกิดขึ้นตามมา อาจเริ่มต้นด้วยการใช้ถ้อยคำคำทอ ก่อวุ่นประสาท จนท้ายที่สุดจบลงด้วยการใช้ความรุนแรงทางร่างกายหรือแม้กระทั่งสิ่งของ (Saengsawat, 2021) ซึ่งความรุนแรงที่พบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะพบความรุนแรงทางร่างกาย โดยอาจเกิดขึ้นได้โดยตรงคือ ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ หรือทางอ้อมโดยการตำราญบุคคลอื่นแล้วมากระทบถึงเจ้าหน้าที่ ความรุนแรงทางด้านจิตใจ เป็นการกระทำโดยวาจา สายตา หรือกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความอับอาย และความรุนแรงทางด้านทรัพย์สิน เป็นการตำราญทรัพย์สิน หรืออุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ (Liangsakul, Laknasirorat, & Arab, 2021) สำหรับในเขตภาคใต้ของประเทศไทย การเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในเขตภาคใต้พบว่ามีสถานการณ์ความรุนแรงทั้ง 3 ด้าน (Phuengprasert, 2018) ทั้งทางด้านร่างกายโดยมีการตำราญร่างกายเจ้าหน้าที่ ทางด้านจิตใจ โดยการพูดคำทอ ทำให้เกิดความอับอาย และทางด้านทรัพย์สิน โดยเกิดการตำราญอุปกรณ์ในห้องฉุกเฉินและมีการทำลายทรัพย์สินของทางราชการ จะเห็นได้ว่านอกจากความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ หรือบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์แล้วยังก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินทางราชการอีกด้วย (Civillotti, Berlanda & Lozzino, 2021) พบว่าเหตุการณ์ความรุนแรงต่อพยาบาลส่งผลให้เกิดความเครียดจากงานมากขึ้น เกิดความกดดันในช่วงการปฏิบัติงาน (Kobayashi, Oe, Ishida, Matsuoka, Chiba & Uchimura, 2020; Lee & Lee, 2022) ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพจิต ชีวิต และทรัพย์สิน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้ เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อม และพัฒนาระบบการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากร ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้

แนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลพบว่าแรงกดดันทำให้ผู้คนเกิดความตึงเครียด และเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เพื่อเป็นการแสดงเจตนาที่รุนแรง ความพึงใจ ส่วนบุคคล โดยไม่สนใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดทฤษฎีกดดันทั่วไป (General Strain Theory) ของ Robert Agnew (1985) ที่ได้พัฒนามาจากทฤษฎีความกดดันดั้งเดิมของเมอร์ตัน (Merton, 1934) โดยทฤษฎีนี้มองว่าสาเหตุของความกดดันสามารถแบ่งออกได้ 3 สาเหตุ คือ 1) ความกดดันที่เกิดจากการไม่ได้รับส่งผลต่อสิ่งที่คาดหวัง (Failure to Achiever Positively Values Goals) 2) ความกดดันที่เกิดจากการถูกถอดถอน หรือสูญเสียสิ่งที่มีค่าของบุคคล (Removal of Positively Values Stimuli) และ 3) ความกดดันที่เกิดจากการประสบเหตุการณ์ที่ร้ายแรง (Confrontation with Negative)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)

พื้นที่วิจัย

จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์พบเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ตรงพบเหตุความรุนแรง และมีการกำหนดเกณฑ์คัดออกคือ (Exclusion Criteria) พยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงพบเหตุความรุนแรงที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูลเนื่องจากยังมีความหวาดกลัว

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ โดยการสุ่มเลือกจากโรงพยาบาล จำนวน 12 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 3 คน รวมจำนวน 36 คน เพื่อสนทนากลุ่ม (Focus Group)
2. หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าเวรประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ตรงประสบพบเจอเหตุการณ์ความรุนแรง จำนวน 12 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 2 คน รวม 24 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) รูปแบบความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เคยเจอเป็นอย่างไร 2) สาเหตุการเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากอะไร 3) รูปแบบการปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้เกิดความรุนแรงหรือไม่อย่างไร 4) ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5) แนวทางการป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรเป็นอย่างไร 6) การป้องกันและการจัดการความรุนแรงของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการป้องกันความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไร และ 7) การวางแผนการป้องกันความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไร

2. ประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลซึ่งมีความสอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) รูปแบบความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เคยเจอเป็นอย่างไร 2) สาเหตุการเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากอะไร 3) รูปแบบการปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้เกิดความรุนแรงหรือไม่อย่างไร 4) ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5) แนวทางการป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรเป็นอย่างไร 6) การป้องกันและการจัดการความรุนแรงของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการป้องกันความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไร และ 7) การวางแผนการป้องกันความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำมาหาคุณภาพของประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม โดย 1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการศึกษาพยาบาลด้านบริการปฐมภูมิ และด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาหาดัชนีความสอดคล้อง พบว่า ประเด็นคำถามทุกประเด็นมีความสอดคล้องระหว่างประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์ มีค่าความสอดคล้องมากกว่า .70 ทุกประเด็น และ 2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามสำหรับ

การสนทนากลุ่มไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีใช้กลุ่มที่กำหนดไว้ จำนวน 5 คน พิจารณาว่ามีความเข้าใจในประเด็นข้อคำถามตรงกันหรือไม่ หากมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงแล้ว จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาหาดัชนีความสอดคล้องภายในด้วยค่าความเที่ยงด้วยความสอดคล้องของความเที่ยง (Inter-Rater Reliability) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.00

หลังจากนั้นจึงนำมาหาคุณภาพของประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการศึกษาพยาบาล ด้านบริการปฐมภูมิ และด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาหาดัชนีความสอดคล้องพบว่าประเด็นคำถามทุกประเด็นมีความสอดคล้องระหว่างประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์ มีค่าความสอดคล้องมากกว่า .70 ทุกประเด็น และ 2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีใช้กลุ่มที่กำหนดไว้ จำนวน 3 คน พิจารณาว่ามีความเข้าใจในประเด็นข้อคำถามตรงกันหรือไม่ หากมีความเข้าใจไม่ตรงกันได้ทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาหาดัชนีความสอดคล้องภายในด้วยค่าความเที่ยงด้วยความสอดคล้องของความเที่ยง (Inter-Rater Reliability) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม (Focus Group) โรงพยาบาลจำนวน 12 โรงพยาบาล ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการประสบพบเหตุความรุนแรง โรงพยาบาลละ 3 คน รวม จำนวน 36 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 24 คน โรงพยาบาลละ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือผู้แทน จำนวน 1 คน เพื่อค้นหาข้อมูลถึงนโยบายแนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหา หัวหน้าเวรพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ประสบพบเหตุความรุนแรง จำนวน 1 คน เพื่อค้นหาสาเหตุและผลกระทบจากเหตุความรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แบบตามเนื้อหาที่ปรากฏ (Manifest Content Analysis) (Graneheim & Lundman, 2004) แต่ละครั้งหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยจะถอดเทปและบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดปราศจากการตีความและทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดอีกครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยละเอียด และอ่านหลาย ๆ ครั้งเพื่อเข้าถึงความหมายทั้งหมดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. แยกข้อความสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ จัดทำเป็นหน่วยความหมาย (Meaning Unit) ทั้งที่เป็นข้อความ เป็นวลีหรือเป็นประโยค ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำการศึกษา
3. ให้ความหมายกับหน่วยความหมาย (Meaning Unit) โดยการนำหน่วยความหมายที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้ซึ่งอยู่ในบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยใส่รหัสพร้อมทั้งใส่รหัสของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสะดวกในการจัดหมวดหมู่ของแนวเรื่องในขั้นตอนต่อไป
4. จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมายให้เป็นหัวข้อย่อย โดยการนำหน่วยความหมายต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำแล้วจัดกลุ่มตามประเภทและลักษณะที่มโนของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน
5. จัดหมวดหมู่ของหัวข้อย่อย เป็นหัวข้อหลัก โดยการนำความหมายต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำแล้วจัดกลุ่มตามประเภทและลักษณะที่มโนของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกันทั้งจัดเป็นประเด็นหลัก ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกับแนวเรื่องนั้น ๆ
6. บรรยายสาระสำคัญและโครงสร้างของประสบการณ์ที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา โดยสรุปความให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

7. นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องโดยนำข้อสรุปและผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพของ Guba & Lincoln (1989) ได้แก่

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากสิ่งที่สังเกตผู้ให้ข้อมูลหลัก และสถานที่ที่สัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checks) โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง
2. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยใช้วิธีการทำงานร่วมกับทีมวิจัย เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้ระหว่างนักวิจัยเพื่อยืนยันผลการวิจัย
3. ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (Confirmability) โดยวิธีการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ เช่น เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปเช่น หน่วยความหมายที่สำคัญ การจัดหัวข้อย่อยหรือกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล
4. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คณะผู้วิจัยได้อธิบายบริบทการศึกษา กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการศึกษา การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยโดยมีข้อมูลอธิบายสนับสนุนผลการวิจัย

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC2021/045 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้ รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ประสบพบเหตุความรุนแรง จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) สาเหตุการเกิดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 3) การป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีรายละเอียด ดังนี้

1. สาเหตุการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าสาเหตุเกิดจาก
 - 1) ผู้รับบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า “น้อง ๆ ที่เล่นโทรศัพท์เวลางาน หรือทำงานไม่เรียบร้อย” 2) ผู้ให้บริการ รวมถึงสถานที่ในการให้บริการ ดังคำกล่าวที่ว่า “คนไข้ไม่รู้ว่าที่ ER ควรรักษาตามอาการ พอรอนานคนไข้และญาติก็โวยวายไม่พอใจว่าเค้ามานานแล้ว” 3) การรอคอยจากผู้รับบริการจะมีสาเหตุร่วมคือการใช้สารเสพติดติดหรือการดื่มสุรา สาเหตุจากผู้ให้บริการจะมาจากสาเหตุจากการให้ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือการสื่อสารที่ส่งผลให้เข้าใจไม่ตรงกัน รวมถึงสถานที่การรอคอยมีความแออัด ไม่มีที่นั่ง ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ดังคำกล่าวที่ว่า “บางที่รีบ ๆ ทำงานจนไม่ได้อธิบายขั้นตอน เวลาการรอให้คนไข้รู้ เคื่อก้อาจจะหงุดหงิดบ้าง” และ “คนไข้ไม่รู้ว่าที่ ER ควรรักษาตามอาการพอรอนานคนไข้ และญาติก็โวยวายไม่พอใจ ว่าเค้ามานานแล้ว” และ “การ triage แล้วรักษาตามอาการ คนไข้และญาติไม่เข้าใจ ว่าทำไมต้องรอนาน ในกรณีที่คนไข้หนักมาหลัง แต่ได้รักษาก่อน” ซึ่งรูปแบบการเกิดความรุนแรงที่พบมีทั้งการใช้น้ำเสียงข่มขู่ การด่าทอ การทำลายข้าวของ และการทำร้ายร่างกายเมื่อพิจารณาจากสาเหตุและรูปแบบของการเกิดความรุนแรงจะพบว่าลักษณะการปฏิบัติงานของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงเนื่องจากการปฏิบัติงานต้องทำด้วยความเร่งรีบ ส่งผลให้การให้ข้อมูลไม่ละเอียด และเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อข้องใจน้อย

2. ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งเป็น

2.1 ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรงจะส่งผลให้เกิดความหวาดระแวง รู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวที่ว่า “เสียใจ เวลาผู้บริหารไม่สอบถามหาสาเหตุ แต่ให้ผู้ปฏิบัติงานไปขอโทษ ซึ่งเราไม่ได้ผิด” “รู้สึกไม่ค่อยปลอดภัยเวลาทำงาน เพราะ ER ประตูเปิดไว้ตลอดเวลา ไม่มียาม พอมีเหตุการณ์อะไรโทรตามยามกว่าจะมา” และ “ตอนทำงานก็กลัว เพราะเราจะไม่ค่อยได้ระวัง ไม่รู้ว่าคนที่จะทำร้ายจะเข้ามาหาเราตอนไหน”

2.2 ผลกระทบต่อองค์กร ส่งผลให้องค์กรเสียชื่อเสียง และสูญเสียงบประมาณ เมื่อมีการทำลายข้าวของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า “กว่าจะรู้ความจริง เมื่อมีการโพสต์ออกสื่อไปแล้ว โรงพยาบาลก็เสียชื่อไปแล้วนะ”

2.3 ผลกระทบต่อผู้รับบริการเมื่อเกิดเหตุการณ์จะส่งผลเกิดการถูกทำร้ายโดยไม่ตั้งใจ หรือขาดแคลนอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ดังคำกล่าวที่ว่า “บางครั้งก็ทะเลาะกันมาจากโรงพยาบาล มาตีกันต่อ แต่ถูกเครื่องมือถูกคนใช้คนอื่น ๆ”

3. การป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมีแนวทาง ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “มีแนวทางการจัดการ การรายงานตามขั้นตอน และยังมียามตลอด 24 ชม. หน้า ER มีประตู 2 ชั้น” “มีแนวทางการจัดการตามชั้น มีระบบการรายงาน การเขียนรายงาน การแจ้งเหตุ” และ “มีระบบการป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงมีการปรับปรุงสถานที่เพื่อป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรง “ระบบที่มีก็มีประตู 2 ชั้นใช้ระบบสแกนนิ้วมือเข้าได้ เฉพาะเจ้าหน้าที่ ถ้าญาติจะเข้าจะมียามเปิดให้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่เรียก มีกล้องวงจรปิด มีระบบการรายงานเมื่อเกิดเหตุ มีระบบแจ้งเหตุไปยังป้อมตำรวจ” รวมทั้งการสอบถามความต้องการของผู้ให้บริการว่าต้องการให้ทางหน่วยงานจัดการอย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า “รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุง การป้องกัน” “ติดตั้งกล้องวงจรปิด ทำระบบประตู 2 ชั้น มียามที่สามารถช่วยดูแลความเรียบร้อยได้” และ “มีระบบการป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน”

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้ สรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) สาเหตุการเกิดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 3) การป้องกันความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยอภิปรายตามข้อค้นพบที่ได้จากวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สาเหตุการเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบการศึกษาว่า สาเหตุการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐ เขตภาคใต้ พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รวมถึงสถานที่ในการให้บริการ และ 3) การรอคอย จากผู้ให้บริการจะมีสาเหตุร่วมอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติดหรือการดื่มสุรา การสื่อสารที่ส่งผลให้เข้าใจไม่ตรงกัน รวมถึงสถานที่ในการให้บริการที่มีความแออัด ไม่มีที่นั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Timmins & Timmins (2021) ที่พบว่า สาเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาลเกิดได้ทั้งจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รวมถึงสถานที่ในการให้บริการและการรอคอย รูปแบบความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งการการใช้กำลังข่มขู่ การด่าทอ การทำลายข้าวของ และการทำร้ายร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Phacharathanasarn & Lertmaharit (2018) พบว่าความชุกของการประสบเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงาน พบความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด รองลงมาเป็นความชุกเหตุความรุนแรงทางกาย ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ อายุ น้อย ประสบการณ์การทำงานน้อย ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน มีลักษณะงานต้องปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้รูปแบบการปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้เกิดความรุนแรงจากการค้นพบการศึกษาในครั้งนี้พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ส่งผลให้

เจ้าหน้าที่จัดจ่อในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ได้อธิบายให้ญาติรับทราบอาการการช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบกับญาติไม่สามารถเข้าไปอยู่ดูแลใกล้ชิดได้จึงเกิดความกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanthaphon, Boonyang, & Thongsuk (2020) พบว่าลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และรูปแบบการจัดลำดับการรักษาของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความต่างกับแผนกอื่น ๆ คือจะมีการรักษาตามอาการผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่าจะได้รับการรักษาก่อน ซึ่งผู้ป่วยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดลำดับคิวในการรักษา หรืออาจมองว่าเป็นการแข่งคิว ดังการศึกษาที่พบว่า การรอคอยจากผู้ให้บริการจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ผลกระทบเมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรงจะส่งผลให้เกิดความหวาดระแวง รู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Lee (2022) พบว่าบุคลากรทางแพทย์เมื่อเจอความรุนแรงขณะปฏิบัติหน้าที่มีผลต่อสภาพจิตใจในการปฏิบัติงานผลกระทบต่อดังกล่าว ส่งผลให้องค์เสียชื่อเสียง และสูญเสียงบประมาณ เมื่อมีการทำลายข้าวของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และผลกระทบต่อผู้รับบริการเมื่อเกิดเหตุการณ์จะส่งผลให้เกิดการถูกทำร้ายโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือเกิดความเสียหายต่ออุปกรณ์การแพทย์ส่งผลให้ขาดแคลนอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liangsakul, Laknasirorat, & Arab (2021) พบว่าเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นจะส่งผลเสียต่อผู้ปฏิบัติงานองค์กร และผู้รับบริการ

3. การป้องกันความรุนแรงและจัดการความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งจากจากการศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลชุมชนจะมีแนวทาง ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น รวมถึงมีการปรับปรุงสถานที่เพื่อป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรง แต่สำหรับโรงพยาบาลประจำอำเภอ การวางขั้นตอนแนวทางการแก้ไข การป้องกันจะทราบแนวทางการดำเนินงานในระดับหัวหน้า หรือผู้บังคับบัญชาการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทั่วถึง และสถานที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณในการปรับปรุงเพื่อป้องกันความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongaram, Tangcharoenkul, & Nantsuphawatt (2017) ในด้านการฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungbun (2019) รวมถึงการเพิ่มการสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน (Asavanapakun, Chaiaia, Pailikli, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งการใช้กำลังเสียงข่มขู่ การด่าทอมากที่สุด สาเหตุการเกิดความรุนแรงเกิดได้ทั้งจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รวมถึงสถานที่ในการให้บริการและการรอคอย ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผลให้เกิดความรุนแรง เมื่อเกิดสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับองค์กร ผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผู้บริหารควรนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวนถึงสาเหตุของปัญหาและร่วมกันในการวางแผนมาตรการในการป้องกันการเกิดเหตุความรุนแรง ผลการศึกษาที่ได้ผู้วิจัยเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. จากผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นหน่วยงานต้องมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ ทักษะ การสื่อสาร การให้ข้อมูลและการเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเกิดความรุนแรง

2. จากผลการศึกษา พบว่า การถ่ายทอดแนวปฏิบัติการจัดการความรุนแรงในองค์กรยังไม่ทั่วถึง ดังนั้นผู้บริหารทุกระดับต้องมีการชี้แจงนโยบายหรือแนวทางในการบริหารการจัดการความรุนแรงให้แก่บุคลากรในองค์กรรับทราบและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม รวมทั้งการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรับมือในสถานการณ์วิกฤตที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยผลการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติระหว่างการรอคอย ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรง

References

- Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African medical journal*, 26(1), 1-8.
- Agnew, R. (1985). A revised strain theory of delinquency. *Social Forces*, 64(1), 151-167.
- Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., & Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 196, 186-197. doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe. 2021.02.009
- Asavanapakun, P., Chaiaia N., & Pailikli, S. (2020). Guidelines for prevention and management. Appropriate severity in a hospital Using the participatory action research process. *Chiang Mai Medical Journal*. 59(2), 65-79. (in Thai)
- Chanthaphon, K., Boonyang, N., & Thongsuk, P. (2020). Risks of personnel and Personnel risks are managed by supervisors based on their perceptions. Nurse on duty for accident and emergency work Southern General Hospital, *Journal of the Southern Nursing College and Public Health College Network*, 7(1), 240-253. (in Thai)
- Chayyaphong, A., Lormphongs, S., & Phatarabuddha, N. (2017). Factors related to effects of workplace violence among nurses in primary care hospital, Samut Prakan province. *Disease Control Journal*, 43, 413-422. (in Thai)
- Civilotti, C., Berlanda, S., & Lozzino, L. (2021). Hospital-based healthcare workers victims of workplace violence in Italy: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5860. doi: 10.3390/ijerph18115860.
- Donald, N., & Linsay, T. (2023). Incidence and trends in workplace violence within emergency department in the United Kingdom 2017-2022: An observational time series analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1211471. doi: 10.3389/fpubh.2023.1211471
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2747. doi: 10.3390/ijerph17082747. PMID: 32316142; PMCID: PMC7215457.
- Lee, J., & Lee, B. (2022). Psychological workplace violence and health outcomes in south korean nurses. *Workplace Health & Safety*, 70(5), 228-234. doi: 10.1177/21650799211025997.

- Liangsakul, K., Laknasirorat, M., & Arab, W. (2021). Prevalence, characteristics, impacts and Addressing violence that occurs in the workplace and study factors affecting workplace violence among personnel in a government-run community hospital in the southern region. *Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(1), 117-123. (in Thai)
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, S., et. al., (2019) Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. doi: 10.1136/oemed-2019-105849. Epub 2019 Oct 13. PMID: 31611310.
- Merton, R.K. (1934). Durkheim's division of labor in social. *American Journal of Sociology*, 40(3), 319-328.
- Nithimathachoke, A., & Wichienopparat, W. (2021). High incidence of workplace violence in metropolitan emergency departments of Thailand; a cross sectional study. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 9(1). (in Thai)
- Phacharathanasarn, N., & Lertmaharit, S. (2018). Prevalence, characteristics, and related factors. with the incident Violence while working in the workplace Personnel work Medical Accident and Emergency Department of public hospitals in Health Service Area 6. *Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(2), 213-225. (in Thai)
- Phuengprasert, S. (2018). *Guidelines for Preventing and Managing Violence in Hospitals*. 2nd printing. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Saengsawat, R. (2021). Violence in the workplace: Study of the case of officials and personnel of Police Hospital. *Kasem Bundit Journal*, 22(1), 32-49. (in Thai)
- Sungbun, S. (2019). Management of Violence Risk in Workplaces: Emergency Departments. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(1), 14-24. (in Thai)
- Suvitawat, J. (2022). Violence in hospitals: Prevention and protection of personnel rights. *Medical. Srinakarin Medical Journal*, 37(1), 93-96. (in Thai)
- Thongaram, P., Tangcharoenkul, P., & Nantsuphawatt, A. (2017). Risk management system. Work safety for nurses: a hospital case study Maharaj Nakhon Chiang Mai. *Nursing Journal*, 44(3), 134-143. (in Thai)
- Timmins, F., & Timmins, B. (2021). An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 14(2), 139-151.
- Varghese, A., Joseph, J., Vijay, V. R., Khakha, D. C., Dhandapani, M., Gigini, G., et al. (2022). Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the south-east asian and western pacific regions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 31(7-8), 798-819. doi: 10.1111/jocn.15987.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. *Front Public Health*, 8, 570459.



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ และด้านการศึกษายพยาบาล
2. บทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
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. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบเทคนิค หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น



1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (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
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

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

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้



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 ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

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 Health 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.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwat, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepakorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

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

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่วารสารการพยาบาลและการศึกษาผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/submissions> และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารการพยาบาลและการศึกษามีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) และ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาบัตรต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น



เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสาร การพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษาโดยบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวารสารการพยาบาลและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บุคคลทั่วไป อาจารย์ในสถาบัน

บทความภาษาไทย	จำนวน 5,000 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 6,000 บาท
 - 7.2 สำหรับนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

บทความภาษาไทย	จำนวน 2,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 3,000 บาท

2.54 ឆ្នាំ.

2.54 ឆម.

2.54 ឆ្នាំ.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ข้อบทรความภษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ข้อบทรความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมา มาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หน้า)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

➔ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่นานา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



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

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

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

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

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

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

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

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

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

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องขึ้นหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องขึ้นหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น
Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)