



วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 Vol.24 No. 1 January-April 2023

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN> ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2651-2181 (Online)

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI,

ASEAN Citation Index (ACI) สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี



ASEAN
CITATION
INDEX

วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวน 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ และการศึกษาพยาบาล ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการแพทย์ และการศึกษาพยาบาล ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกสมาคมพยาบาลทหารบก
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ
5. เพื่อรายงานการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลทหารบก

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก

ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน 317/6 สมาคมพยาบาลทหารบก ถ.ราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ (10400), <http://www.nurseasct.or.th>

พิมพ์ที่: บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด

เลขที่ 24/6-7 หมู่ 7 ต.คลองข่อย อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-926-1261-2 สายด่วน 081-817-0901 แฟกซ์. 02-926-1263

E-mail : sale@thaipublishing.com www.thaipublishing.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 ออนไลน์ ISSN 1513-5217 (Print) และ ISSN 2651-2181 (Online) ท่านสามารถปรี้นได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้น และหลากหลายและได้รับการพิจารณาถ่วงน้ำหนักบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) และเป็นวารสาร ASEAN CITATION INDEX (ACI) และวันที่ 15 มีนาคม 2566 บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพวารสารวิชาการไทย ครั้งที่ 14 ณ อิมแพค เมืองทองธานี เพื่อเตรียมรับการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ 5 ของ TCI (ในปี 2568-2572)

บทความวิชาการ ได้แก่ บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลองและแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร : บทบาทพยาบาล แนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกำลังพล กองทัพบก การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก

บทความวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุม ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ผลของการบำบัดแบบจิตพลวัติประยุกต์แบบสั้นต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร้อม ของทักษะการคิดเชิงบริหาร การพัฒนาโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาออนไลน์เพื่อเสริมสร้างการควบคุมยั้งยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ในวัยรุ่น ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด การศึกษาสมรรถนะการจัดการ ความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้เฝ้าทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ผลการฝึกอานาปานสติร่วมกับโยโย่ฝึกแบต่อความเครียดของผู้ดูแล หลักผู้ติดตามแอมเฟตามีน ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อนาคตภาพ การบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 การศึกษาสมรรถนะของพยาบาล ผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก อิทธิพลของความเครียด เวลาที่ตุนนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิเดินและยาออกซิโตซินต่อระยะเวลาการไหล ของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัด ยุคใหม่โรงพยาบาลเอกชน ทิศนคติทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัล ในยุคพลิกโหมของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการดูแล สุขภาพและการบริการพยาบาล ประสิทธิภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้งครรภ์จังหวัด นครศรีธรรมราช การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหอผู้ป่วยแยก โรค ผลของแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทำงาน การศึกษาสมรรถนะ พยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางชีวนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของ พนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนคร อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี การศึกษาสถานการณ์การให้บริการ ความคาดหวังและความต้องการ การบริการโรคมะเร็ง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมต่อพฤติกรรมการเล่นดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล ผลการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความตึงเครียดของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ ผลของโปรแกรมการจัดการการอาการปวดและการปฏิบัติสมาธิ SKT7 ต่ออาการปวด และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว สถานการณ์การจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา พยาบาล สถาบันพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในศตวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก การพัฒนาโปรแกรม การพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและ ครุผู้ดูแลเด็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ปัจจัยการทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-9 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลวัดสลุด การศึกษาความรู้และความสามารถในการเตรียมวัคซีน ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ต่อความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยในบริบทอีสาน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาถ่วงน้ำหนัก บทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนามวารสารไทย ให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบัน การศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนามวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง และแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

สุมนา สอดถิผลอนันต์

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร : บทบาทพยาบาล

ปรียาภรณ์ พุกกะหิรัญ นรลักษณ์ เอื้อกิจ

แนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกำลังพลกองทัพบก

กัณฐรัชญ์ จันรุ่งเรือง คทาวัชร ดีปรีชา

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

อาทิตยา เถาว์โท กิตติพงษ์ พลทิพย์

จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ ฐานิดา สมขันดี

ธวัชชัย ยืนยาว นรากร สารีเหล็ก

ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก

ลัดดา เสนาพิทักษ์ ชญาดา ปิยจักรโรจน์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน

วิทยา วาโย กัลยารัตน์ คาคสนิท

จรรยา คนใหญ่ สายสุตา จันทวนา

รุ่งทิพย์ พรหมบุตร วราพร แซ่หวง

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

อัศลิ สนิทสกุล

ผลของการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สันทัต ผลจันทร์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

อังคณา จิรโรจน์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร้อมของทักษะการคิดเชิงบริหาร

อุษา โถหิน่ง พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ

ณัฐยา ศรีทะแก้ว

การพัฒนาโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาออนไลน์เพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น

อเนชา รัตนธรรมทอง จุฑามาต แหนจอน

วรากร ทรัพย์วิระปกรณ

Contents

Chief Editorial

- 1 Role-play Simulations and Guideline to Develop the Professional Competences
Sumana Sottipolanun
- 10 Promoting Physical Activity of Persons with Permanent Cardiac Pacemaker : Nurse's Roles
Priyaporn Phruksahiran Noraluk Ua-Kit
- 20 The Guidelines for Preventing Health Problems from PM 2.5 in Royal Thai Army Personnel
Kantarat Junrungruang Kathawoot Deepreecha
- 27 The Management of Teaching and Learning in Nursing by Using Virtual Reality Simulations
Artittaya Taottho Kittiphong Phontip
Chirawan Chapradit Tanida Somkhantee
Thawatchai Yeunyow Narakorn Sareelae
- 35 Fear of Falling after Hip Fracture
Ladda Senarphitak Chayada Piyakhachornrot
- 43 The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community-Dwelling Older Adults
Wittaya Wayo Kunlayarat Kadsanit
Junya Konyai Saisuda Chanhuan
- 53 Outcomes of Blended Learning in a Nursing Technique, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus
Aslee Sanitsakul
- 60 The Effects of Applied Short-Term Psychodynamic Therapy on The Depressive Symptoms of Patients with Major Depressive Disorder
Santhat Phonchan Rangsiman Soonthonchaiya
Angkana Jirarode
- 70 The Effects of Promoting Parental Activity Organizing Behaviors on Executive Function (EF) among Preschool Children with EF Impairment
Usa Thohinung Pilailak Rojanaprasert
Nuttaya Sritakaew
- 80 Development of Online Acceptance and Commitment Program to Enhance Inhibitory Control on Cyberbullying in Adolescents
Anecha Rattanamtong Juthamas Haenjohn
Warakorn Supwirapakorn

สารบัญ

Contents

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย
จิตเภทที่ติดสุราในชุมชน

อดิศร รักสกุล อังคณา จิรโรจน์
เอกอุมา อิมคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนก
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

วรรณิดา เทียงวชันกุล ไชยนันต์ แท่งทอง
สรรา อารมณ์ สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ
จุฑาทิพย์ ศีลบุตร

ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางอารมณ์ ของ
นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

กัญญา ศรีตะวัน ดนุลดา จินชาข้า
กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ

สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพักตร์ หาญกล้า
อัญชลี อ้วนแก้ว วรณัฐ ไชยวาน
นงนุช บุญมาลา

การศึกษาศมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์

สุวภัทร โลงนุช อารี ชิวเกษมสุข
สุภมาส อังศุโชติ

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำ
นักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

นงนภัทร รุ่งเนย เพ็ญแข ดิษฐบรรจง
กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ อริสมันต์ ศิริลาภ
สุชาดา บุญธรรม

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิต
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

อรไพลิน ไชยวิเชียร อังคณา จิรโรจน์
ชมชื่น สมประเสริฐ

การศึกษาศมรรถนะพยาบาลผู้เฝ้าทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ
เสาวลักษณ์ ดันสักตระกูล วาสนี วิเศษฤทธิ์

ผลการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคต่อความเครียดของผู้
ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน

ดาวรรณ หาญคำเถื่อน ชมชื่น สมประเสริฐ
อังคณา จิรโรจน์

91 The Effects of An Emotion Regulation Program on The
Violent Behavior of Schizophrenia Patients with Alcohol
Dependency in Community

Adisorn Ruksakul Angkana Jirarode
Ekuma Im-kome

100 Factor Associated with Stress among Emergency Nurses
in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima Province

Wannida Tiengwatchanakul Chaiyanun Tangtong
Sara Arphorn Suchinda Jarupat Maruo
Jutatip Sillabutra

109 Factors Related to Emotional Intelligence among
Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing,
Ratchaburi

Kanya Sritawan Danulada Chinkhaokham
Kannika Kitnopkiat

116 Mental Health and Adaptation among Postpartum
Mothers

Soiy Anusorntheerakul Suphaphak Harnklar
Anchalee Ounkaew Woranuch Chaiwan
Nongnuch Boonmala

125 The Study of Conflict Management Competencies of
Professional Nurses, a Community Hospital, Surin
Province

Suwaphat Lonuch Aree Cheevakasemsook
Supamas Angsuchoti

133 A Model of Transformational Leadership Competency
Development of Student Peer Leader for Enhancing
Health Promotion among Nursing Students

Nongnaphat Rungnoei Penkhae Dittabunjong
Kanokporn Oumpram Arisaman Sirilarp
Suchada Boonthum

143 The Effect of a Mental Strengthening Program on the
Mental Health State of High School Students

Aonpailin Chaivichean Angkana Jirarode
Chomchuen Somprasert

153 A Study of Clinical Nurse Supervisor Competencies,
Governmental Hospitals

Saowalak Tonsaktragoon Wasinee Wisesrith

163 The Effects of Anapanasati with Biofeedback on The
Stress of Amphetamine Patients' Primary Caregivers

Dawan Hancomthaun Chomchuen Somprasert
Angkana Jirarode

สารบัญ

Contents

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรค โควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ	172	Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province
วนิดา สมภูงา ถิรนนท์ ผิวผา		Wanida Sompunga Thiranan Phuipha
อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569	182	A Scenario of Nursing Organizational Management, Autonomous University Hospitals During B.E. 2022-2026
นกรินทร์ กมณีย์ อารียวรรณ อ่วมตานี		Nakarin Kamanee Areewan Oumtanee
การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น	191	A Study of Competencies of Nurse Enterpreneuers of an Aob Aoon Community Nursing Clinic
ณณัญปภัสร แสนประเสริฐ อารียวรรณ อ่วมตานี		Nananapat Sanprasert Areewan Oumtanee
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้ สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด ในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก	201	The Effectiveness of Childbirth Preparation Program on Self-Efficacy in Pain Coping, Pain Level, and Pain Coping Behavior in the First Stage of Labor among the First Time Mothers
สุกัญญา บังเมฆ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง		Sukanya Bungmek Piyanun Limruangrong
วรรณภา พาหุวัฒน์กร		Wanna Phahuwatanakorn
อิทธิพลของความเครียด เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของ การตั้งครรรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิดีนและยา ออกซิโตซินต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดา หลังผ่าตัดคลอด	211	Influence of Stress, Time of First Sucking, Gravidity, Type of Cesarean Section, Pethidine, and Oxytocin to Onset Time of Lactation in Mothers after Cesarean Delivery
ชนันรัตน์ บุญดี วรรณภา พาหุวัฒน์กร		Chananrat Boondee Wanna Phahuwatanakorn
ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง พงษ์ส จันทรประภาพ		Piyanun Limruangrong Pharuhas Chanprapaph
การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการ ทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โรงพยาบาลเอกชน	221	The Development of Adaptive Strategy for Enhancing Work Potential of New Age Physical Therapists of Private Hospital
ณัฐกร อิมใจจิตต์ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา		Naratakorn Imchaichit Prasarn Malakul Na Ayudhya
ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์		Pongpan Kirdpitak
ทัศนคติทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัล ในยุคพลิกโฉมของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพและ การบริการพยาบาล	232	Digital Mindset, Digital Literacy, and Digital Skills in the VUCA Era of Nursing Students for Healthcare and Nursing service
จินตนา อาจสันเทียะ สุดารัตน์ สุวารี		Jintana Artsanthia Sudarat Suvaree
น้ำผึ้ง ปรัชญาคูณ		Numpueng Prachyakoon
ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว	240	Life Experiences of Cholangiocarcinoma Patients and Their families
วรยุทธ นาคอ้าย เวณิกา โนทา		Worayuth Nak-ai Wenika Nota
สรวงสุดา ป้องแก้ว อรนารถ วัฒนวงษ์		Soungsuda Pongkeao Oranard Watthanawong
การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ	249	Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital
อารียวรรณ อ่วมตานี อำพันธุ์ พรมีศรี		Areewan Oumtanee Ampun Pornmesri
ทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล จงจิตร รัยมธุรพงษ์		Teepatad Chintapanyakun Jongjit Raimaturapong
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้ง ครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช	259	Factors Related to Prehypertension among Pregnant Women in Nakhon Si Thammarat Province
จิราวรรณ คล้ายวิเศษ กรรณิการ์ แสงประจง		Jirawan Klayvised Kannika Saengprajong

สารบัญ

Contents

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วย
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหอผู้ป่วยแยกโรค
ยุพา วงศ์รสไตร จินตนา แสงรุจี

ผลของแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้าน
สุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทำงาน
จันทร์เกษม เทียนทรัพย์ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
อรพินท์ สีขาว

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ของรัฐ

โคศิษฐา ไชยมนตรี อารีย์วรรณ อ่วมตานี
ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอาชีพอนามัยกับพฤติกรรม
ความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ในเขต
เทศบาลนคร อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยภูมิ
พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม นิสากกร ชีวะเกตุ
สมสมัย รัตนกริชากุล

การศึกษาศาสนาการให้บริการ ความคาดหวังและความ
ต้องการการบริการโรคมะเร็ง

วิไลวรรณ ทองเจริญ วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก
สุกฤทัย ฉิมชาติ รักรัตนพร เพชรสุข
ศิริวรรณ สุรยวงศ์ พิไลพร สุขเจริญ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมต่อ
พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล
ธมกร เขียวภูริเดช* นาฏอนงค์ แผงพงษ์

ผลการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความตึงเครียดของร่างกายใน
อาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

วาริณี แสงประไพ นกัสนารณ ดิอ้อม
วันวิสาข์ บุญเต็ม อรรถกานต์ พิมพวงศ์
ธราธร อัครวัชรพรโชติ ปรียาภัทร สิงห์ทอง
สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่
ปิติณัฐ ราชภักดี

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดและการปฏิบัติสมาธิ SKT7
ต่ออาการปวด และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วย
มะเร็ง

ดารุณี ชัยเมือง บุษบา สมใจวงษ์
สุทิน ชนะบุญ

ปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว
ดุขฎิ พิชผล นาริรัตน์ จิตรมณตรี
วิราพรณ วิโรจน์รัตน์

269 The Development of Clinical Nursing Practice Guideline
for Providing Oxygen Therapy to the Patients Infected
with the Coronavirus 2019 (COVID-19) in the Critical
Cohort Department

Yupha Wongrostrai Jintana Sangruee

279 The Effects of A Breast Self-Examination Application on
Health Beliefs and Breast Self-Examination in Working
Women

Jankasem Tiensap Kamontip Khungtumneum
Orapin Sikaow

289 A Study of Ophthalmic Nurse Competency, Government
University Hospital

Sositta Chaimontree Areewan Oumtane

298 The Relationship Between Occupational Health Literacy
and Safety Behavior among Garbage Collectors in City
Municipality Siracha District, Chonburi Province

Panittanan Sealim Nisakorn Jivacate
Somsamai Rattanagreetakul

307 A Study of Situations Expectations and Needs of Cancer
Services

Vilaivan Thongcharoen Wuttipong Cheumnok
Sukrutai Chimchat Raphatphorn Petchsuk
Siriwan Suriyawong Pilaiporn Sukcharoen

318 The Effect of the Health Promotion Program of Thin
Pre-School Children on Nutritional Care Behavior among
Caregivers

Thamakorn Thienphuridej Natanong Fangpong

327 Effects of Royal Court Massage on Stress Index in
Stressed Person with Stressed

Warinee Sangprapai Napassawan Deeom
Wanwisa Boontem Artakan Pimwong
Taratorn Aussawatworachot Pariyapat Singthong

336 Digital Competency of Newly Graduated Nurses

Pitinut Ratchapakdee

348 Effects of Pain Management Program and SKT7
Meditation Exercise on Pain and Frequency of Medication
Taking among Cancer Patients

Darunee Chaimuang Busaba Somjaivong
Sutin Chanaboon

359 Predicting Factors on Domestic Elder Abuse

Dutsadee Peuchpon Narirat Jitramontree
Virapun Wirojratana

สารบัญ

Contents

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อภิรดี เจริญนุกูล มาลี ไชยเสนา จุฑามาส ชมผา	368	Situation of Knowledge Management in Nursing Colleges under Praboromarajchanok Institute in the Northeastern of Thailand Apiradee Charoennukul Mali Chaisena Chuthamas Chompha
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา อุไรวรรณ วิลัยรัตน์ เรณูการ์ ทองคำรอด นุสรุ ประเสริฐศรี	378	The Development of Sepsis Patients Caring Model at Inpatient Unit, Pathumratchawongsa Hospital Auraiwan Wilairat Renukar Thongkhamrod Nusara Prasertsri
พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหาร กองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ธีรธัช คุณรัตนภรณ์ กุลเชษฐ์ เกษะโกมล พัฒนศรี ศรีสุวรรณ	388	Resilience Quotient, Depression and Suicidal Tendency of the New Privates, Signal Department Royal Thai Army Teratat Khunrattanaporn Kulachade Gesakomol Patsri Srisuwan
การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบัน การพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 ปราโมทย์ ถ่างกระโทก บุหงา ตโนภาส ปานจันทร์ ฐานานุกุลศักดิ์ กมลชนก มุลไชย	396	A Study of the Desired Characteristics of Nursing Students at the Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing in the 2020 Academic Year Pramote Thangkratok Bu-Ngha Tanopas Panchan Thapanakulsuk Kamonchanok Moonchai
สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) ทินกร บัวชู ประภาพร เมืองแก้ว กมลทิพย์ ใจมาคำ	406	Competencies of Thai Nurse Instructors in the Next Decade (A.D. 2023-2032) Thinnakorn Buachu Prapaporn Muangkaew Kamontip Chaimakham
ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วย เลิกบุหรี่ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ทักษะในการช่วย เลิกบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กมลภู ถนอมสัจย์ สุภรณ์ วิเชียรตนนท์ ละอองดาว วรรณฤทธิ์ ภัทรชนม์ มีสุขมาก	415	The Effect of Health Literacy on Smoking Cessation Aid Program (HLSCAP) on Health Literacy and Perceived Skills in Helping Smoking Cessation among Village Health Volunteers Kamollabhu Thanomsat Supparat Wichentanont La-Ongdao Wannarit Naphatchon Meesukmak
การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียน พยาบาลกองทัพบก พรณี ปานเทวัญ เสาวณีย์ ทวีวานิชย์ แพนนี่ ตรีวิเชียร	423	Development of the Military Leadership Attribute Measurement of the Army Nursing Students Pannee Pantaewan Saowanee Taweewanich Panny Trivichian
การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สกวรัตน์ พวงลัดดา สว่างจิตร์ วสุวัต ปภาจิต บุตรสุวรรณ	432	The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder Skaorat Puangladda Sawangjit Wasuwat Pabhajit Budsuwan
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดู หลักและครูผู้ดูแลเด็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี นาถอนงค์ แฝงพงษ์ ประภัสสร จันดี ณัฐธิดา ปัญญานันตกุล	441	Health Literacy of Caregivers and Teachers about Pre School-Aged Care in Ubon Ratchathani Province Natanong Faengphong Prapatsorn Jandee Nattida Panyatanakun

สารบัญ

Contents

ปัจจัยการทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

อานนท์ สังฆะพงษ์ ฐพัชร คันสร

วีระชัย เตชะนิตติชัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน
จังหวัดชุมพร

ปณิชนันท์ ทองวงศ์ญาติ มิ่งขวัญ ศิริโชติ

สุรเดช สำราญจิตต์ จันทร์จारी เกตุมาโร

ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด

เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ อุบลพรรณ อีระศิลป์

ชฎาภา ประเสริฐทรง

การศึกษาความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียม
วัคซีนและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีนและ
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้แนวทางปฏิบัติการ
บริหารวัคซีน ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca)

พัชรา พันธุ์ขะวงษ์

นพัตถร พฤกษานันตกาล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
ในบริบทอีสาน

วราทิพย์ แก่นการ บษพร วิรุณพันธุ์

วิลาวณีย์ อาธิเวช สุมาลี ถาใจ

450 Predicting Factors of Intention to Vaccination against
COVID-19 among Old Adult in Rural Communities

Arnon Sangkhaphong Thaphat Khansorn

Verachai Techanirattisai

460 Factors Affecting Food Consumption Behaviors of
Working People in Bangmapraw Health Promotion
Hospital, Langsuan District, Chumphon Province

Panichanan Thongwongyat Mingkwan Sirichote

Suradej Samranjit Chanjaree Getmaro

470 The Effects of Cognitive Declining Prevention Program
for the Older Adults in Community, Wat Salut Health
Promoting Hospital

Pensiri Khotapat Ubonpun Theerasilp

Chadapa Prasertsong

481 The Study of Knowledge and Ability of Registered
Nurses in vaccine preparation and vaccination according
to the guidelines and satisfaction of Registered Nurses
from use of guidelines for the management of COVID-19
ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca)

Patchara Phankavong

Naphatthorn Prueksaanantakal

492 Participatory Development of Model Communities to
Support the Aging Society in the Isan Context

Waratip Kankarn Botsaporn Wirunphan

Wilawan Arthiwet Sumalee Thajai

บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง และแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

Role-play Simulations and Guideline to Develop the Professional Competences

สุมนา โสทธิพลนันต์*

Sumana Sottipolanun*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10510

Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok, Thailand 10510

บทคัดย่อ

การใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง เป็นการเตรียมผู้เรียนเพื่อเปิดโอกาสให้ได้แสดงในบทบาทตามสถานการณ์จำลองจากในชีวิตจริง ผู้เรียนสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจ รวมทั้งสามารถอภิปรายผลที่เกิดจากการปฏิบัติของตน จุดเน้นของการใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง คือการเรียนรู้จากการลงมือทำ การใช้เทคนิคการจำลองสถานการณ์ ช่วยให้ผู้เรียนได้เสริมสร้างทักษะทางคลินิกที่ถูกต้องและเพิ่มเติมความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคต บทความนี้ มุ่งให้เห็นประโยชน์และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ด้วยการใชโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ แบ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิก ซึ่งอยู่ในกระบวนการที่เป็นขั้นบันได 4 ขั้น คือ ความรู้ ประยุกต์ความรู้ สมรรถนะทางคลินิก และการปฏิบัติทางคลินิก โดยสามารถประเมินการปฏิบัติได้ ด้วยการให้แสดงบทบาทสมมติโดยมีวิธีการ ดังนี้ 1) การเตรียมการสอน ที่เน้นส่งเสริมการสะท้อนคิด การลงมือปฏิบัติ และการมีปฏิสัมพันธ์ 2) การแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ตามที่ผู้เรียนเตรียมมา และ 3) สรุปและอภิปรายผล ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสะท้อนคิดการปฏิบัติ และประเมินผลการเรียนรู้ นับเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

คำสำคัญ : บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง, พัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ, การประเมินการปฏิบัติ

Abstract

Using role-play simulations provide students an opportunity to learn through playing a role in real-life situation. Students can solve problems and make decisions, also discuss the results of their actions. The focus in a role-play simulation is on learning by doing. This simulation techniques help students perform clinical skills correctly and fulfill professional responsibilities in the future. This article focus on the benefits and guideline to develop the professional competences, by using Miller's pyramid model. That divides the development of clinical competence into four, hierarchical processes. There is knowledge, application of knowledge, clinical skills competency and clinical performance. That can using role-play simulations for performance assessment

to evaluate. The method has three steps: 1) Prepare to teach, by promotion of reflective, performance and interactive engagement. 2) Role-play simulation, where student ran the cases. 3) Debriefing, students opportunity to reflected their performance and assessment. That is the benefits to develop the professional competences.

Keywords : Role-play simulations, Professional competences, Performance assessment

บทนำ

การจำลองสถานการณ์ (Simulations) เป็นกลยุทธ์ทางการสอนที่นิยมใช้ในทางการศึกษา เพื่อเตรียมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการลงมือทำ^{1,2} โดยเผชิญกับโจทย์ปัญหาที่เป็นสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ ที่มีโอกาสใช้ความสามารถหรือสมรรถนะทั้งด้านการคิดตัดสินใจ ด้านความรู้สึกที่เป็นความมั่นใจ และด้านการปฏิบัติที่มีความพร้อม การใช้เหตุการณ์สถานการณ์จำลอง (Simulation scenario) จัดเป็นตัวแทนของเหตุการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นจริงที่เป็นโจทย์ปัญหาให้มีการคิดแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติ โดยเปิดโอกาสให้มีการเตรียมการด้วยการศึกษาศถานการณ์จำลองเพื่อให้เข้าใจเบื้องต้นก่อน ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนสัมผัสผลลัพธ์ตามเป้าหมายการเรียนรู้ได้ เนื่องจากใช้การเรียนรู้ที่ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning)³ โดยผ่านการออกแบบการเรียนรู้สถานการณ์จำลองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีการวางแผนที่ดี นำความรู้ที่ต้องการใส่เข้าไปในโจทย์ปัญหา ซึ่งเป็นเป้าหมายการเรียนรู้ กำหนดจุดประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน และผลลัพธ์การเรียนรู้ แล้วจึงนำไปใช้อย่างเป็นขั้นตอนในกระบวนการระหว่างการใช้สถานการณ์จำลอง ที่เป็นกรณีศึกษาทางคลินิก (Clinical case studies) เป็นการเปิดโอกาสให้ใช้สมรรถนะในการปฏิบัติ ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่นหรือทำงานเป็นทีม มีการใช้ทักษะในการสื่อสาร และยังสามารถใช้ทักษะความเป็นผู้นำ โดยสิ่งที่ผู้เรียนจะได้รับในขั้นตอนสุดท้าย คือ การเปิดโอกาสให้มีการประเมินตนเอง ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ได้ทบทวนสิ่งที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ช่วยให้มีคามมั่นใจมากขึ้น และสามารถปรับปรุงข้อผิดพลาดได้จากการชี้แนะ หรือผ่านการไตร่ตรองด้วยตนเอง ดังนั้น การจำลองสถานการณ์ จึงอาศัยรูปแบบสถานการณ์จำลองที่สามารถนำไปใช้เพื่อการเรียนรู้ได้

ความหมายของรูปแบบสถานการณ์จำลอง

รูปแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation models)

หมายถึง การสร้างรูปแบบของการเรียนรู้ที่มีการทดลองปฏิบัติอย่างเป็นระบบ² เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อใช้รูปแบบการจำลองแบบเฉพาะเจาะจง (Specific simulation models) เนื่องจากสามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในแง่การคิดตัดสินใจ (Decision-making) ดังเช่นกรณีศึกษาทางคลินิก ด้วยเหตุผลที่ว่า เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่จำลองขึ้น ทำให้ได้สัมผัสจริงกับสิ่งที่เป็นามธรรม และเกิดความเข้าใจมากขึ้น จัดเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการสร้างสรรค์ขึ้นมา จากกรณีศึกษาทางคลินิก ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้เชิงลึก (Deep learning) เนื่องจากได้ใช้เทคนิคการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการค้นพบ (Discovery learning)² ซึ่งมักจะให้ข้อมูลเชิงลึก ทำให้การจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้นั้น เป็นที่น่าสนใจ

ลักษณะของการใช้สถานการณ์จำลอง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การจำลองสถานการณ์จริง (Live simulation) เป็นการจำลองที่มาจากสถานการณ์จริง แต่ใช้อุปกรณ์จำลอง โดยมาจากสภาพจริง (Real world) 2) การจำลองแบบเสมือนจริง (Virtual simulation) เป็นการจำลองจากสถานการณ์จริง อุปกรณ์จำลอง และเป็นสถานการณ์เสมือนจริง (virtual reality) และ 3) การจำลองที่สร้างสรรค์ขึ้นมาใหม่ (Constructive simulation) เป็นการจำลองสถานการณ์ขึ้นมา โดยใช้อุปกรณ์จำลอง จัดเป็นสถานการณ์เสมือนจริง ได้แก่ การใช้รูปแบบการจำลองจากคอมพิวเตอร์ นับเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ วิธีการ คือ การจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศหรือสิ่งที่ต้องการสาธิต เพื่อให้เห็นภาพจากปรากฏการณ์ และสามารถใช้ในการปฏิบัติ เช่น การใช้ภาษาที่มีลักษณะหลากหลาย การทำแบบทดสอบความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับ²

การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล เป็นการจัดกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่จำลองขึ้นมา จากการปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้สถานการณ์ (Scenarios) วิธีการจัดทำ คือ 1) การจำลองแบบเสมือนจริง (Virtual simulations) ที่มีการ

ใช้หุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงผู้ป่วยจริง (High-fidelity manikins) การใช้หุ่นที่มีลักษณะเหมือนผู้ป่วย (Medium fidelity manikins) 2) การใช้ผู้ป่วยที่เป็นคนจริง (Standardized patients) หรือการใช้บทบาทสมมติ (Role playing) ประกอบกับ การใช้ฐานฝึกทักษะปฏิบัติ (Skills stations) และ 3) การจำลองโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐานการคิด (Computer-based critical thinking simulations)³

ดังนั้น การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning) จึงถูกนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในแง่การปฏิบัติ หากมีข้อจำกัดในการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และสามารถพัฒนาทักษะที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการใช้อุปกรณ์ที่ทั้งเป็นของจริงหรือเสมือนจริงหรือเป็นบุคคล ผลการวิจัยพบว่า การให้ประสบการณ์ด้วยการใช้สถานการณ์จำลอง จากการปฏิบัติอย่างรู้รอบ (Mastery intervention) โดยฝึกทักษะทางคลินิก ได้แก่ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การให้เลือด และเปลี่ยนขวดน้ำเกลือ มีการตั้งเป้าหมายให้ผู้เรียนระบุข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

ผลสัมฤทธิ์จากการใช้เทคนิคการจำลองโดยใช้บทบาทสมมติ

การใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง (Role-play simulation) เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมาทำการแสดงโดยใช้บทบาทสมมติจากตัวละครในเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วย พยาบาล แพทย์ โดยใช้ตัวแสดงเป็นคนจริงด้วย ผู้เรียน เป็นการเปิดโอกาสให้สามารถติดตามการมีปฏิสัมพันธ์³ เนื่องจากได้นำมาใช้เป็นสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ที่ปลอดภัย และสามารถใช้กลยุทธ์ในการสอนได้หลากหลายกับผู้เรียน โดยสามารถให้ประสบการณ์ในการปฏิบัติ (Practice experiences) และสามารถทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้ทั้งโดยตรงและทางอ้อม ซึ่งการทำกิจกรรมที่เป็นการดูแลโดยตรง จะหมายถึงการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการเตรียมการไว้ หรือมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย จึงนับได้ว่า การใช้ประสบการณ์จำลอง (Simulation experiences) เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่มีการปฏิบัติจากการจัดเตรียมไว้ โดยเฉพาะการใช้บทบาทสมมติ เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาให้ใกล้เคียงสถานการณ์จริง ที่ผู้เรียนสามารถเล่นในบทบาทตามสถานการณ์ ช่วยให้ฝึกแก้ปัญหา¹ ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้แบบร่วมมือ และเอื้อต่อการเรียนรู้ทางสังคม⁵

การฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นฐาน (Simulation-based training) สามารถปรับปรุงสมรรถนะ (Improve the competence) ทางกายภาพและการดูแลสุขภาพ ให้มีความเป็นวิชาชีพ ทำให้มั่นใจในคุณภาพ และส่งเสริมความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย⁶

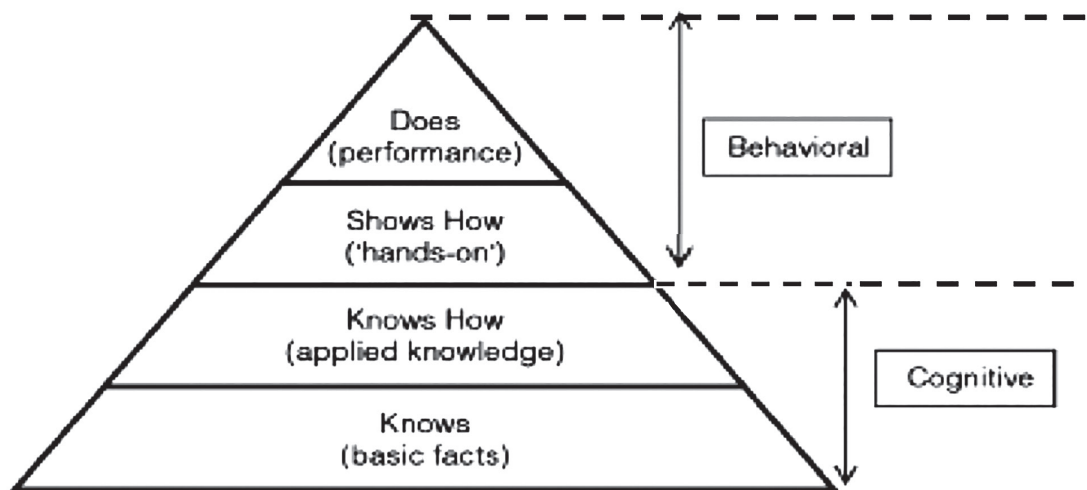
การใช้บทบาทสมมติ เป็นเทคนิคการจำลอง (Simulation techniques) ซึ่งเป็นวิธีการในกระบวนการสอนให้เกิดการเรียนรู้ แปลความหมายไปสู่การปฏิบัติตามแผนที่เตรียมไว้ เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามจุดประสงค์การเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเข้มข้น การสอนให้ปฏิบัติ (Practical teaching) จึงเป็นการใช้ความสามารถในฐานะที่เป็นเจ้าของบทเรียน ซึ่งเป็นวัตถุดิบนำไปให้กับผู้เรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนเล่นบทบาทสมมติของผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียน ทำให้สามารถอธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อการทำงานของร่างกายและหัวใจ ซึ่งแสดงถึงการใช้ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative skills) เริ่มต้นจากผู้เรียนได้เรียนรู้สถานการณ์จำลองที่ต้องนำไปใช้แสดง ต้องทำความเข้าใจบริบทจนเกิดความเข้าใจแนวคิด (Concept mastery) นำไปสู่การคิดสร้างสรรค์ ซึ่งเกิดขึ้นในกระบวนการจากการสังเกตสถานการณ์ในเอกสารและคู่มือ เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการแสดงบทบาทสมมติ นับเป็นขั้นแรกของการเรียนรู้ มีลักษณะเหมือนการใช้กระบวนการสอนให้เกิดการเรียนรู้ (Teaching-learning process) นั่นเอง⁷ เช่นเดียวกัน ในงานวิจัยที่ใช้บทบาทสมมติเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการตรวจร่างกายและให้เหตุผลในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก วิธีการ คือ 1) ให้ผู้เรียนดูวิดีโอ 2) ให้แสดงเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญตามสถานการณ์ 2-3 นาที โดยให้สร้างสรรค์และตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อหาของภาพจำลองได้อย่างอิสระ และผู้ที่แสดงบทบาทของแพทย์ จะแสดงตามบทสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย 10 นาที แล้วสรุปผลพร้อมให้เหตุผลทางคลินิกและให้วินิจฉัยโรคจากข้อมูลและสิ่งที่พบ และ 3) ให้เตรียมรายงานต่อผู้สอน ซึ่งจะมีการสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ และทดสอบเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย (Physical examination) การให้เหตุผลทางคลินิกและวินิจฉัยโรค (Clinical reasoning & diagnosis) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนา⁸

ดังนั้น การใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลอง ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อให้มีการแสดงโดยใช้การสาธิตการปฏิบัติ การตัดสินใจ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ⁹ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการสื่อสารกัน ทำให้ได้เรียนรู้ว่า จะใช้กลยุทธ์อย่างไรในสถานการณ์ภายใต้เป้าหมายการเรียนรู้ และจากการแสดง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยมีความเข้าใจเป็นฐาน และยังมีประสิทธิภาพในแง่ของการทำกิจกรรมทางสังคม จากการที่ผู้เรียนมีโอกาสทำความเข้าใจเนื้อหาในบริบทของสถานการณ์ และได้มีการคิดทบทวน ในขณะที่ผู้เรียนได้แสดงบทบาท สามารถที่จะสังเกตและเห็นภาพและเข้าใจปัญหาในสถานการณ์ที่แสดงออกมา โดยเฉพาะเมื่อได้แสดงเป็นผู้ป่วย จะมีการสำรวจทัศนคติและความรู้สึกจากบทที่ได้รับ ช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญเชิงวิชาชีพ

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional competences) ด้วยโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์

กรอบแนวคิดโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์

ปีค.ศ. 1990 George Miller ได้พัฒนากรอบแนวคิดสำหรับประเมินสมรรถนะทางคลินิก เรียกว่า โมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ (Miller's pyramid model) เป็นโครงสร้างของการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิก นำมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางคลินิก เดิมในระดับต่าง ๆ จะเป็นคำที่ใช้ในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ขั้นตอนการใช้กระบวนการคิด คือ ขั้นที่ 1 การมีความรู้ (Knows) ขั้นที่ 2 การรู้วิธีการประยุกต์ความรู้ (Knows how) มีการสร้างความคิดรวบยอดและมีความเข้าใจในความรู้เพื่อนำไปใช้ ขั้นที่ 3 การแสดงออกถึงการใช้ความรู้ว่าทำอะไร (Shows how) และขั้นที่ 4 การลงมือทำ (Does) เป็นการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แสดงออกถึงการใช้ความคิด ขณะที่ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 แสดงออกเป็นพฤติกรรม¹⁰



ภาพ โมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ (Miller's pyramid model)

ที่มา : Sim and et al., 2015 : p.2

ในปี ค.ศ. 2019 โมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ ได้รับการทบทวนโมเดลเดิม เนื่องจากการนำไปใช้ยังมีลักษณะเป็นการประเมินสมรรถนะทางคลินิกแบบเดิม คือ การใช้การทดสอบความรู้ และเป็นการประเมินที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เนื่องจาก เป็นการประเมินความรู้

(Theoretical knowledge-based assessments) มากกว่า จึงได้มีการจัดทำโมเดลใหม่ให้เป็นลำดับขั้นของการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกที่ชัดเจน 4 ขั้น ในโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์¹⁰ โดยมีการประเมินการปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ดังตาราง

ตารางที่ 1 ลำดับชั้นการเรียนรู้ในโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์

ลำดับชั้นของการพัฒนา	แนวทางการประเมิน
ขั้นที่ 1 ความรู้ (Knowledge)	ประเมินโดยใช้ทดสอบด้วยการเขียนตอบหรือแบบทดสอบปรนัย (Multiple-choice questions: MCQs)
ขั้นที่ 2 ประยุกต์ความรู้ (Application of knowledge)	ประเมินโดยใช้การเขียนอธิบาย แบบฝึกโจทย์ปัญหาทางคลินิก (Clinical problem-solving exercises) หรือใช้แบบทดสอบปรนัยที่มีโจทย์ปัญหา (Extended MCQs)
ขั้นที่ 3 สมรรถนะทักษะทางคลินิก (Clinical skills competency)	ประเมินโดยใช้การฝึกจากผู้ป่วยที่เป็นคนจริง แล้วทำการทดสอบการปฏิบัติทางคลินิก
ขั้นที่ 4 การปฏิบัติทางคลินิก (Clinical performance)	ประเมินโดยใช้การสังเกตในสถานการณ์จริงที่จัดเตรียมไว้ (Real clinical settings)

ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 เป็นการใช้สมรรถนะด้านการคิด (Cognitive components of competence) ส่วนขั้นที่ 3 และขั้นที่ 4 ซึ่งเป็นยอดปิรามิด เป็นการใช้พฤติกรรมที่แสดงถึงสมรรถนะทางคลินิก (Behavioral components of clinical competence) อย่างแท้จริง โดยต้องจัดเตรียมสถานการณ์จำลอง และสมรรถนะทางคลินิกที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออกมา ประเมินด้วย วิธีการสังเกตพฤติกรรม ผู้เรียนจากการใช้สถานการณ์จำลองที่ออกแบบให้มีการแสดงทักษะการปฏิบัติ จึงมีความเหมาะสม และเมื่อได้ฝึกปฏิบัติในคลินิกที่เป็นสถานการณ์จริง (Real-world clinical setting) ก็จะเป็นการประเมินการปฏิบัติ (Performance-based assessments)¹¹ โดยนำมาใช้ในการประเมิน ด้วยแบบฟอร์มการประเมินการปฏิบัติมากขึ้น ที่เรียกว่า แบบประเมิน OSCEs (Objective Structured Clinical Examinations) มีการออกแบบให้ผู้เรียนแสดงสมรรถนะทางคลินิกและใช้วิธีการสังเกตโดยผ่านชุดกิจกรรมเป็นฐาน (Stations) ในเวลาที่กำหนด ตั้งแต่ การได้รับประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย หรือจัดการทางการแพทย์ โดยประเมินผ่านแบบตรวจสอบรายการมาตรฐาน (Standardized checklists) ซึ่งงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะทางคลินิกตามกรอบการเรียนรู้ของมิลเลอร์ ประกอบด้วย กิจกรรมสมรรถนะทางวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ สามารถดำเนินการอย่างอิสระ สังเกตได้ และประเมินทักษะการปฏิบัติที่เน้นกระบวนการและผลจากการปฏิบัติงาน¹²

การประเมินสมรรถนะทางคลินิก

สมรรถนะทางคลินิก เป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะทางคลินิก (Clinical skills) ที่เป็นการให้เหตุผลทางคลินิก (Clinical reasoning) และใช้คุณลักษณะทางจริยธรรมและการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และทักษะการสื่อสาร (Communication skills)¹² ซึ่งผู้ประเมินสามารถเตรียมการปฏิบัติในคลินิก เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทักษะการสื่อสาร การแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินที่ผู้เรียนต้องปฏิบัติในคลินิก และประเมินในหลายครั้ง โดยระบุสมรรถนะต่าง ๆ และจุดประสงค์การเรียนรู้ เป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือสำหรับการสังเกตทั้งการประเมินความก้าวหน้า และประเมินสรุปรวม ระบุสิ่งที่ต้องการสังเกตในเครื่องมือ และสิ่งที่ต้องการพัฒนา ดำเนินการวางแผนการปฏิบัติ และประเมินทักษะทางคลินิกด้วยวิธีการสังเกต¹³ ขณะที่การให้เหตุผลจากการวินิจฉัย (Diagnostic reasoning) จัดเป็นสมรรถนะทางคลินิก และการประเมินสมรรถนะทางคลินิก เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลในกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี จะต้องมีส่วนของการคิด (Cognitive elements) ที่ เป็นความรู้ และประยุกต์ความรู้ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับบริบท จึงต้องให้เหตุผลจากการวินิจฉัยแสดงถึงการให้เหตุผลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทางคลินิก โมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ จึงเป็นการประเมินสมรรถนะที่มีองค์ประกอบของการคิด (The cognitive elements of competency)¹⁰

การประเมินทักษะทางคลินิกที่สำคัญ สามารถใช้สถานการณ์จำลอง โดยนำแบบประเมิน OSCE มาใช้คู่กัน จึงนับว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสม ตรงตามจุดประสงค์ สามารถประเมินสมรรถนะทางคลินิกได้ โดยสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ และถูกออกแบบให้สามารถใช้สถานการณ์จำลองที่หลากหลาย โดยผ่านการใช้บทบาทสมมุติ ซึ่งใช้ในการปฏิบัติจากความรู้เชิงทฤษฎี และยังส่งเสริมการย้อนกลับจากผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ผ่านมา ช่วยให้เกิดการจดจำในเชิงวิชาการ (Theoretical knowledge in practice) สามารถนำไปใช้ประเมินได้ง่าย เกี่ยวกับการประเมินความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้เรียน เช่น การประเมินจากการจำลองเป็นฐาน ทางคลินิกให้ผู้เรียนปฏิบัติ โดยใช้ OSCE ประเมินแบบสรุปรวม นับเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้เกณฑ์การประเมินตามจุดประสงค์¹⁴

การเลือกวิธีการประเมิน เริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ กระบวนการประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับในขณะที่อยู่ในการสถานการณ์คลินิก (Clinical setting) ซึ่งสามารถสร้างตัวแปรที่ต้องการในแผนการประเมิน โดยเป็นที่ยอมรับ และเลือกวิธีการประเมินที่ช่วยให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย โดยกำหนดภาระงานที่เป็นความต้องการ (Requirements) ของโปรแกรมการเรียนรู้ แล้วจึงจัดทำเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนต้องทำ ซึ่งผู้เรียนจะแสดงออกว่า “ทำอะไร (Shows how)” ในสถานการณ์ที่ฝึกปฏิบัติตามโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ ชั้นที่ 3 “สมรรถนะทักษะทางคลินิก (Clinical skills competency)” เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การใช้ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพ¹³ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย¹⁴ ที่มีการใช้แบบประเมิน OSCE ในช่วงปี ค.ศ. 2005 ถึง ปี ค.ศ. 2017 จำนวน 68 เรื่อง พบว่า มีการนำแบบประเมินออสกี้ OSCE มาใช้ประเมินแบบสรุปรวม ประเมินความก้าวหน้า ประเมินทักษะการสื่อสาร ประเมินทักษะทางคลินิกแบบออนไลน์ ใช้พัฒนาสถานการณ์จำลองสำหรับใช้เล่นในบทบาทสมมุติ ใช้ประเมินสรุปรวม และย้อนกลับ ประเมินทักษะทางจิตเวช และประเมินเพื่อเตรียมประเมินกระบวนการ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าว แสดงถึงความเข้าใจในการประเมินสมรรถนะทางคลินิก ที่สามารถให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง

การจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ด้วยการใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลอง

การใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลอง เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional competences) ซึ่งมีความหมายคลุมถึงทักษะที่ซับซ้อน (Complex skills) นับว่ามีความสำคัญในทางการศึกษา เนื่องจากเป็นทักษะจำเป็นของศตวรรษที่ 21 ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา การสื่อสาร และการร่วมมือ ซึ่งต้องให้เชื่อมโยงไปยังการกำหนดความรู้เฉพาะเจาะจง และสามารถใช้ทักษะเชิงวิชาชีพในการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติตามที่ได้คิดไว้¹⁵ การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง จึงมีความสำคัญ มีผลการวิจัยจำนวน 12 เรื่องกล่าวถึง ประโยชน์จากการใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลอง คือ ทำให้มีการปรับปรุงความรู้และทักษะ (Knowledge and Skill) ความสามารถในการคิด (Critical thinking ability) และมีความมั่นใจทางคลินิก (Clinical confidence) องค์ประกอบของความสำเร็จ คือ 1) จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 2) ใช้สถานการณ์จำลองตามหลักสูตร 3) สนับสนุนทางด้านวิชาการ 4) ใช้กระบวนการจำลอง 3 ขั้นตอน (3-step simulation process) คือ การบรรยายสรุป (Briefing) การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) และการสรุปและอภิปราย (Debriefing) และ 5) เปิดเผย (Exposure) มีการกล่าวถึงอย่างเปิดเผยเป็นรายบุคคลและผู้จัดเตรียมต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และการใช้บทบาทสมมุติ ซึ่งมีผู้ป่วยที่เป็นคนจริง¹⁶ และผลการวิจัย พบว่า สิ่งที่ได้รับจากการใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลอง คือ ได้รับประสบการณ์ 3 มิติ คือ 1) การสะท้อนคิด ทำให้ได้ฝึกการแก้ปัญหาและใช้ความคิดจากการตั้งคำถามของผู้สอน 2) การลงมือปฏิบัติ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์และได้ฝึกความเป็นผู้นำ และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลาย คือกับผู้ป่วย กับกลุ่มผู้เรียนด้วยกันและกับผู้สอน⁶ จึงนับว่า การจัดเตรียมการสอนด้วยสถานการณ์จำลองโดยใช้บทบาทสมมุติจึงเป็นสิ่งสำคัญ และต้องใส่ใจสำหรับใช้พัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ เพราะผู้เรียนได้สัมผัสกับบทบาทต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายในสถานการณ์จำลอง และสามารถเข้าใจในเนื้อหาความรู้เชิงวิชาการ อีกทั้งความเข้าใจในความเป็นบุคคลต่าง ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กัน

การจัดเตรียมการสอนสถานการณ์จำลอง

การให้ผู้เรียนเข้าใจในบทเรียนหรือความรู้ที่เป็นการเรียนรู้ด้วยเนื้อหาในสถานการณ์จำลอง และใช้วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis method) โดยอาศัยความรู้เป็นฐาน (Knowledge based) เพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายการเรียนรู้ โดยผู้สอนเป็นผู้ออกแบบและกำหนดเป็นกรณีศึกษาในสถานการณ์จำลอง ซึ่งการเตรียมการที่ดี ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เชิงลึก และพัฒนาไปสู่สมรรถนะเชิงวิชาชีพ จากแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ สามารถสรุปเป็นมิติประโยชน์ 3 มิติ ดังนี้

ตารางที่ 2 มิติประโยชน์จากการใช้สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง

การส่งเสริมให้มีการสะท้อนคิด	การส่งเสริมให้ลงมือปฏิบัติ	การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์
- การสืบค้น (Inquiry) - การสื่อสารและการสนทนา - การสร้างองค์ความรู้	- ช่วยในการให้เหตุผลทางคลินิก - เกิดความมั่นใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล - แสดงออกถึงความรู้สึกทางอารมณ์	- สื่อสารกับผู้ป่วย - ประเมินผลกับกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน - อภิปรายกับผู้สอน

มิติที่ 1 การส่งเสริมให้มีการสะท้อนคิด (Promotion of reflective engagement) จากการสืบค้น เป็นการขยายการเรียนรู้เพิ่มเติม เป็นจุดแข็งของการสะท้อนคิดจากการสื่อสารและการสนทนา (strengthen reflective communication and dialogue) และเกิดกระบวนการสร้างองค์ความรู้ (Process of knowledge construction) สามารถเกิดขึ้นในช่วง 2 ชั้น คือ 1) ชั้นปฐมนิเทศ (Orientation stage) ให้ผู้เรียนทบทวนกรณีศึกษาด้วยการใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นการนำเอาความรู้ออกมาใช้ในการปฏิบัติ เมื่อมีการฝึกปฏิบัติตามกรณีศึกษา และ 2) ชั้นสรุปอภิปราย (Debriefing stage) ให้ผู้เรียนสะท้อนคิด โดยการซักถามให้ผู้เรียนได้พิจารณาเกี่ยวกับข้อเสียตามความคิดเห็นของผู้เรียน และภายหลังเลิกเรียนมอบหมายให้สะท้อนคิดเป็นการบ้าน โดยให้เขียนการสะท้อนคิดเป็นรายวัน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้ปรับปรุงทักษะต่าง ๆ

มิติที่ 2 การส่งเสริมให้ลงมือปฏิบัติ (Promoting performance engagement) ผู้สอนต้องกำหนดช่วงเวลาที่มีการใช้สถานการณ์จำลองจากเหตุการณ์จริง โดย

1) ให้เขียนกรณีศึกษาที่มาจากเหตุการณ์จริงในคลินิก มีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นเส้นทางของความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถให้เหตุผลทางคลินิกได้

2) ให้มั่นใจในการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ว่าเป็นการจำลองสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกับสภาพแวดล้อมทางคลินิกตามความเป็นจริง

3) หาแนวทางที่จะให้ผู้เรียนได้แสดงออกถึงความรู้สึกทางอารมณ์ตามจริง เมื่อมีการปฏิบัติและให้ใส่ใจกับอารมณ์นั้น ๆ และการแสดงออกถึงคุณลักษณะอื่น ๆ ที่บังถึงการแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Display empathy) ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นการช่วยสร้างและพัฒนาความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ (Professional responsibility) และความเป็นผู้นำเชิงวิชาชีพ (Professional leadership)

มิติที่ 3 การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (Promoting interactive engagement) ผู้สอนเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้ เป็นชี้แนะแนวทางและให้ความช่วยเหลือ โดยให้เวลาศึกษากรณีศึกษาเพิ่มเติม และในขั้นสรุปและอภิปรายผลชี้แนะให้ผู้เรียนได้คิดถึงเป้าหมายการเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ที่ได้รับ มีการประเมินตนเอง และประเมินผู้เรียนด้วยกัน ช่วยให้มีการสื่อสารเชิงวิชาชีพ มีการร่วมมือกับกลุ่ม มีความตระหนักรู้ต่อกลุ่ม

การสอนโดยใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง

บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง เป็นช่องทางของการสร้างนวัตกรรมที่ให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ด้วยกรอบแนวคิดการสร้างองค์ความรู้ที่ปลอดภัย ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ทางคลินิก สำหรับให้ผู้เรียนแสดงบทบาทตามสถานการณ์ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งในช่วงนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่น่าสนใจ มีทั้งการพัฒนาการคิด จิตพิสัย และทักษะปฏิบัติ โดยมีการแสดงออกจากการสาธิตที่ใช้การคิดระหว่างการปฏิบัติ การคิดจากการปฏิบัติ การคิดเพิ่มเติมจากการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็น

กลยุทธ์การสอนที่มีการใช้การสรุปและอภิปรายผล (Debriefing strategies)¹⁷ ภายหลังกดำเนินการสอน

สิ่งที่ผู้สอนต้องดำเนินการในการปฏิบัติการสอน ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ชี้นำชี้แจงเป้าหมายการเรียนรู้ และบรรยายสรุป (Prebrief) เกี่ยวกับสถานการณ์จำลอง บทบาทที่ได้รับ และการเตรียมความรู้สำหรับใช้ในบทบาทสมมติ เปิดโอกาสให้ทำความเข้าใจ ตอบข้อสงสัย และใช้ข้อตกลงร่วมกัน

ขั้นที่ 2 ให้ผู้เรียนการทำกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง จากบทบาทต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และนักศึกษา ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยความเข้าใจกับประสบการณ์ มีการใช้ความรู้ ความคิด และความรู้สึก ตลอดจนทักษะการสื่อสาร จากการมีปฏิสัมพันธ์กันในกิจกรรมที่ปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง

ขั้นที่ 3 การสรุปและอภิปรายผล (Debriefing) เป็นช่วงของการทบทวนการปฏิบัติที่ผ่านมาและประเมินผลการเรียนรู้

ช่วงปฏิบัติการสอน ผู้สอนและผู้เรียนต่างก็ได้รับประสบการณ์เรียนรู้จากการใช้สถานการณ์จำลอง ซึ่งสิ่งสำคัญในขั้นการสรุปและอภิปรายผล ช่วยให้เกิดการสะท้อนคิดที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

การใช้เทคนิคการสรุปและอภิปรายผลในการใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง

ขั้นการสรุปและอภิปรายผล (Debriefing) เป็นขั้นตอนสุดท้าย ภายหลังจากการฝึกประสบการณ์ที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เพราะผู้เรียนมีโอกาสสะท้อนคิด (Reflection) จากประสบการณ์ที่ได้รับในการใช้สถานการณ์จำลอง เป็นโอกาสที่ผู้เรียนได้ทดสอบตนเองใหม่ต่อประสบการณ์ที่ได้รับ ทำให้ได้ใช้ความคิดด้วยการย้อนกลับไปในการปฏิบัติขณะที่อยู่ในสถานการณ์จำลอง เป็นช่วงของการผ่อนคลายทางอารมณ์ ได้รับการย้อนกลับในแง่ทบทวนพฤติกรรมตนเอง ข้อสังเกตต่าง ๆ และความคิดรวบยอดที่สามารถสร้างสรรค์เมื่อพบกับสถานการณ์จริงภายนอก¹⁶ แบบแผนของการสรุปและอภิปรายผล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การอภิปรายแบบมีโครงสร้าง (Structured debriefing) ผู้สอนสามารถจัดโครงสร้างส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้พัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิก การใช้เหตุผลทางคลินิก นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และ 2) การอภิปรายแบบไม่มีโครงสร้าง หรือตามธรรมชาติ (Unstructured

debriefing or spontaneous debriefing) ผู้สอนจะมีบทบาทน้อย ทำให้ขาดการเชื่อมโยงสถานการณ์จำลอง ทำให้การเรียนรู้ไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นไปตามเป้าหมายการเรียนรู้

วิธีการในการสรุปและอภิปรายผล คือ ระบุสิ่งที่ต้องการตามเป้าหมายการเรียนรู้ได้แก่ 1) การรับรู้และทัศนคติที่แตกต่างจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2) การเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติ และ 3) การพัฒนาจากประสบการณ์ปกติไปในอนาคต และ 4) เปิดโอกาสให้ได้รับการสะท้อนกลับ (feedback) ทั้งด้านพฤติกรรม การตัดสินใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ไว้วางใจ ความสะดวก และได้ตามเป้าหมายการเรียนรู้¹⁶ โครงสร้างในการสรุปและอภิปรายผล จึงเป็นประโยชน์ให้ผู้เรียนคิดถึงเป้าหมายการเรียนรู้ วิเคราะห์ถึงสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ และมองแผนการในอนาคต ช่วยให้คิดอย่างมีวิจารณญาณ ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

สรุป

การประยุกต์ใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง ด้วยการบรรจุลงในรายวิชาที่มุ่งเน้นสมรรถนะเชิงวิชาชีพ โดยออกแบบการเรียนการสอนที่มีชั่วโมงการเรียนรู้ ที่เป็นการทดลองหรือการเตรียมก่อนฝึกในสถานการณ์จริงที่เป็นภาคปฏิบัติ ทั้งนี้การใช้สมรรถนะทางคลินิก เพื่อพัฒนาไปยังสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ ทักษะทางคลินิก การให้เหตุผลทางคลินิก และการพัฒนาคุณลักษณะทางจริยธรรม หรือการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม ล้วนมาจากการมีโอกาสได้คิดทบทวน และติดตามการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ซึ่งการได้รับประสบการณ์ที่ชัดเจน ตั้งแต่ การทำความเข้าใจความรู้ ประยุกต์ความรู้ และใช้ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นนั้น เกิดจากการได้รับบทบาทสมมติ ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามลำดับขั้นการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ จากโมเดลปิรามิดของมิลเลอร์ที่ได้ทบทวนใหม่เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ให้อย่างมีประสิทธิภาพที่ชัดเจน สามารถประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Chilcott J D. Effective Use of Simulations in the Classroom. Lees Stuntz. Creative Learning Exchange. 1996;1-35.
2. Stančić H & et al. Simulation Models in Education, Researchgate, 2007;11:469-81.

3. Tammone W. The Role of Simulation in Nursing Education. American Sentinel University, 2021; American Sentinel University Whitepaper,1-7.
4. Mehdipour-Rabori R, Bagherian B & Nematollahi M. Simulation-based mastery improves nursing skills in BSc nursing students: a quasi-experimental study. BMC Nursing, 2021; 20:10.
5. Rumore D, Schenk T & Susskind L. Role-play Simulations for Climate Change Adaptation Education and Engagement. Nature Climate Change, 2016; 6(8):745-50.
6. Wang Y & Ji Y. How do they learn: types and characteristics of medical and healthcare student engagement in a simulation-based learning environment. BMC Medical Education. 2021; 21(420):1-13.
7. Gamanik N M, Sanjaya Y & Rusyati L. Role-Play Simulation for Assessing Students' Creative Skill and Concept Mastery. Journal of Science Learning, 2019; 2(3):71-8.
8. Yamauchi K & et al. Using peer role-playing to improve students' clinical skills for musculoskeletal physical examinations BMC Medical Education, 2021; 21:322.
9. Bø B & et al. Nursing students' experiences with simulation-based education as a pedagogic method in low-resource settings: A mixed-method study. Journal of Clinical Nursing, 2021;31(2):1-15.
10. Witheridge A, Ferns NG & Scott-Smith W. Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning International Journal of Medical Education, 2019;10:191-92.
11. Sim JH & et al. Students' performance in the different clinical skills assessed in OSCE: what does it reveal? Medical Education Online, 2015; 20(1):1-7.
12. Kanglee K, Lawthong, N & Orathai P. Clinical Competency Assessment Model for Nursing Students Based on Miller's Pyramid Framework Using Entrustable Professional Activities. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2021;22(1): 468-82. (in Thai)
13. Hecker KG, Norris J & Coe, JB. Workplace-Based Assessment in a Primary-Care Setting. Journal of Veterinary Medical Education, 2012;39(3): 229-40.
14. Smrekar M & et al. Use of the Objective Structured Clinical Examination in Undergraduate Nursing Education. Croatian Nursing Journal, 2017;1(1): 91-102.
15. Chernikova et al. Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis Review of Educational Research, 2020;90(4):499-541.
16. Cant RP & Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2010;66(1):3-15.
17. Dreifuerst K. The essentials of debriefing in simulation learning: A concept analysis. Nursing Education Perspectives, 2009;30(2): 109-14.

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร : บทบาทพยาบาล

Promoting Physical Activity of Persons with Permanent Cardiac Pacemaker : Nurse's Roles

ปริยาภรณ์ พฤษศิริธร¹ นรลักขณ์ เอื้อกิจ^{*2}

Priyaporn Phruksahiran¹ Noraluk Ua-Kit^{*2}

¹หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

¹CCU Phramongkutklao hospital, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

²Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมทางกายได้เหมือนเดิม มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต การทำงาน การออกกำลังกาย และทำกิจกรรมทางกายลดลง พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ด้วยการประเมิน และการประมาณค่าการทำกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรแต่ละบุคคล เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร, บทบาทพยาบาล

Abstract

Nowadays, the percentage of people who use permanent cardiac pacemakers is increasing. Permanent cardiac pacemaker implantation may impact their everyday lives related to physical activity limitations. According to a literature review, most of them cannot perform the same actions as previously. There are limitations in their lives, work, exercises, and decreased physical activity. As a result of this study, nurses are essential professionals who can support and promote physical activity to persons with permanent cardiac pacemakers-evaluating, estimating, and giving physical activity recommendations suited to the individual's lifestyle to engage in enough appropriate physical activities.

Keywords: Physical activities, Permanent Cardiac Pacemaker, Nurse's roles

Corresponding Author: *E-mail: noralukuakit@yahoo.com

วันที่รับ (received) 25 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ม.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ม.ค. 2566

บทนำ

ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร (Permanent cardiac pacemaker; PPM) คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติแบบซ้ำซาก เกิดจากความผิดปกติของการนำไฟฟ้าหัวใจ และการทำงานของจุดกำเนิดไฟฟ้าหัวใจ เช่น Advanced 2nd หรือ 3rd-degree heart block Atrial fibrillation Sick sinus syndrome และ Recurrent syncope¹ ส่งผลให้หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ และมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที² ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองและร่างกายไม่เพียงพอ จึงเกิดอาการใจสั่น หน้ามืด วูบ เป็นลม หหมดสติ ความดันเลือดต่ำ จนถึงหัวใจหยุดเต้น³ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรจึงเป็นการรักษาและช่วยชีวิต โดยช่วยให้หัวใจกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ส่งผลให้ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีอายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴ ในประเทศไทยพบผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติผู้ที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในปี พ.ศ. 2558-2562 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 40 และใน พ.ศ. 2562 มีผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรคิดเป็นร้อยละ 5.48 ต่อแสนประชากร พบการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรแบบ Single-chamber ร้อยละ 29.74 และแบบ Dual-chamber ร้อยละ 70.84⁵

World Health Organization (WHO)⁷ ให้ความหมายของกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ว่าเป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการใช้พลังงานที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงานประกอบอาชีพ การทำงานในบริเวณบ้าน การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และการทำกิจกรรมในยามว่าง ซึ่งการเล่นกีฬา และการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย⁶ โดยต้องคำนึงถึงประเภท ความถี่ ระยะเวลา และระดับความหนักเบาในการทำกิจกรรมทางกาย สามารถแบ่งการใช้ปริมาณพลังงาน (Metabolic equivalent task; MET) ในแต่ละกิจกรรมออกเป็น 3 ระดับ คือ กิจกรรมระดับเบา (<3.0 METs) กิจกรรมระดับปานกลาง (3.0-6.0 METs) และกิจกรรมระดับหนัก (>6.0 METs)⁸ โดย WHO แนะนำให้ช่วงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังควรทำกิจกรรมทางกาย อย่างสม่ำเสมอ โดยทำกิจกรรมระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาที/สัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาที/สัปดาห์ หรือผสมผสานกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁶

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและสม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีสมรรถภาพทางกายที่ดี มีระบบหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง มีกระดูกกล้ามเนื้อแข็งแรง ข้อต่อยืดหยุ่นรูปร่างสมส่วน ป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs และโรคกระดูกพรุน ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดไขมันและไตรกลีเซอไรด์ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ป้องกันการหกล้ม อีกทั้งทำให้อ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนทำให้เกิดเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจภูมิใจในตนเอง และช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ^{9,10} กิจกรรมทางกายจึงเป็นหนึ่งในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อกระตุ้นและเสริมแรงจิตใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถยกระดับสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน

จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเพิ่มขึ้นทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และบุคคลกลุ่มนี้อาจได้รับผลกระทบจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมตามมา ดังนั้นบทความนี้มุ่งเน้นให้บุคลากรทางสุขภาพเห็นความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้แก่ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีจากการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสมต่อไป

ผลกระทบในการทำกิจกรรมทางกายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอาจได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในระยะ 1-3 เดือนแรก เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย เช่น ในช่วงระยะ 1-3 วันแรกหลังการใส่เครื่องควรหลีกเลี่ยงการขยับแขนข้างที่ฝังเครื่อง ห้ามนอนตะแคงทับเครื่อง ห้ามกางแขน โดยหลังจากใส่เครื่อง 3 วันขึ้นไปแล้วก็จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยสามารถกางแขนได้แต่ไม่ควรเกินหัวไหล่ ไม่ควรแกว่งแขนเป็นวงกว้างหรือแกว่งแขนเร็ว และไม่ควรรยกของที่มีน้ำหนักเกิน 5 กิโลกรัม หลังจากใส่เครื่อง 1 เดือนขึ้นไป สามารถทำกิจกรรมทางกายอื่นๆ เช่น การประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ เล่นกีฬา หรือออกกำลังกายที่ไม่มีการใช้แขนอย่างหนักได้ และหลังจาก

3 เดือน เป็นต้นไป จึงสามารถทำกิจกรรมทางกายทุกอย่างได้ตามปกติ โดยไม่มีข้อห้ามในการเล่นกีฬา แต่ควรหลีกเลี่ยงการเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายที่มีโอกาสกระแทกบริเวณหน้าอกที่ฝังเครื่อง เพราะอาจทำให้เกิด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฝังเครื่อง เครื่องทำงานผิดปกติ สายสื่อเลื่อนหลุดจากตำแหน่งหรือสายสื่อหักได้ นอกจากนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย เช่น การเกิดลมรั่วในปอด สายสื่อเลื่อนหลุด การติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ฝังเครื่อง เป็นต้น รวมถึงทำให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานของเครื่อง การปฏิบัติตัวหลังใส่เครื่อง อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง สูญเสียเอกลักษณ์ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงจนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รวมถึงอาจส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล และมีความเครียดในการดูแลผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอีกด้วย^{2,11} ถ้าหากผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรไม่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อข้อไหล่ของแขนข้างที่ใส่เครื่อง หรือเคลื่อนไหวไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และเกิดข้อไหล่ของแขนข้างที่ใส่เครื่องยึดติด จนเกิดการยึดติดอย่างถาวรได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในระยะ 3 เดือนแรก และหลัง 3 เดือนขึ้นไปยังพบปัญหาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม¹² มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต การทำงาน การออกกำลังกาย¹³ และทำกิจกรรมทางกายลดลง¹⁴ โดยมีการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 34.0 และไม่มี การออกกำลังกาย ร้อยละ 44.4¹⁵ จากการสอบถามผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร พบว่าบางรายมีกิจกรรมทางกายลดลง เนื่องจากปวดข้อเข่า ปวดหลัง ปวดสะโพก รู้สึกว่าตนเองไม่มีแรง กลัวการหกล้ม กังวลถึงข้อห้ามต่างๆ หลังใส่เครื่อง มีอาการใจสั่น และเวียนศีรษะ อีกทั้งบุคคลในครอบครัวไม่ให้ทำกิจกรรมทางกายเพียงลำพัง เพราะกลัวจะเกิดอาการวูบหรือเป็นลมซ้ำได้

สาเหตุการทำกิจกรรมทางกายลดลงในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

การที่ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรทำกิจกรรมทางกายลดลง อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้

ปัญหาทางกาย พบว่าผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอาจมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่สัมพันธ์กับการทำงาน

ของเครื่อง ทำให้เกิดอาการใจสั่น เป็นลม เหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก และทำกิจกรรมประจำวันได้ลดลง^{16,17} โดยหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรยังพบว่ามีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ร้อยละ 55.014 เวียนศีรษะ เป็นลม ร้อยละ 4.4 หายใจลำบาก ร้อยละ 1.6 และอ่อนล้าระดับปานกลางถึงน้อย ร้อยละ 1.2¹⁵

ปัญหาด้านจิตใจ พบว่าผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเกิดความรู้สึกอึดอัด ไร้ค่าในตนเองภายหลังการใส่เครื่อง¹⁴ รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานของเครื่อง กิจกรรมที่รบกวนการทำงานของเครื่อง¹⁹ ตลอดจนมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า ภายในบ้าน การขับรถ การก้มตัว และการเคลื่อนไหวแขนด้านที่ฝังเครื่อง เป็นต้น¹²

ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรได้รับการปกป้องจากครอบครัวมากเกินไป จึงไม่ได้ทำกิจกรรมต่างๆ เหมือนก่อนใส่เครื่อง²⁰ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การมีเพศสัมพันธ์ และการเข้าสังคม¹⁹ อีกทั้งจากการใช้มาตรการจำกัดที่เข้มงวด ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง²¹

ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับผลกระทบจากการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร จึงเป็นอุปสรรคอันส่งผลให้ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรทำกิจกรรมทางกายลดลงได้

ผลกระทบจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม

ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่มีกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบให้ร่างกายมีสมรรถภาพทางกายลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานไม่มีประสิทธิภาพ สูญเสียระบบการเผาผลาญ ระบบกล้ามเนื้อเกิดภาวะเปราะบาง^{21,22} เพิ่มความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากโรคต่างๆ²³ อีกทั้งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า¹⁵ และอาจต้องการผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดเป็นภาระของผู้ดูแล²⁴ แต่ถ้าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระบบหัวใจและหลอดเลือดที่แข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความคล่องตัว ลดภาวะเปราะบาง²⁵ ป้องกันการเกิดโรค NCDs เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ลดภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น²⁶

บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกาย ในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เพื่อประเมินและเฝ้าระวังรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา²⁷ ระยะก่อนจำหน่าย จนกระทั่งระยะหลังจำหน่ายที่มีการนัดติดตามการรักษา จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม โดยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน¹⁰ ดังนี้

1. การประเมินกิจกรรมทางกาย ก่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายนั้น พยาบาลควรประเมินระดับความสามารถและการทำกิจกรรมทางกายของผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมทางกายให้เหมาะสม

2. การประมาณค่าการทำกิจกรรมทางกาย โดยการสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบของการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ระยะเวลา และความถี่ในการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อนำมาประมาณค่าระดับการทำกิจกรรมทางกายว่าได้ตามเกณฑ์ที่แนะนำหรือไม่

3. การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง จากการทบทวนแนวปฏิบัติหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร¹¹ คำแนะนำการทำการกายบริหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ²⁸ ได้แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจควรเริ่มต้นออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วๆ อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด วันละ 1-2 ครั้ง ร่วมกับคำแนะนำในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับคนไทยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยควรทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ และกิจกรรมทางกายที่พัฒนาความแข็งแรงของร่างกายอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการทำกิจกรรมทางกายในแต่ละกิจกรรมนั้นควรทำต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้วัยสูงอายุควรทำกิจกรรมทางกายที่ช่วยเพิ่มความสมดุลของร่างกายและป้องกันการหกล้มร่วมด้วยอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์^{9,10} จึงสามารถสรุปความเหมาะสมในการทำกิจกรรมทางกายของ

ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาของการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ได้ดังนี้

3.1 ระยะ 7 วันแรกหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ในช่วง 1-3 วันแรกควรปล่อยแขนข้างที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรแนบกับลำตัว หลังจาก 3 วันไปแล้วสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ล้างจานได้ ทางแขนได้แต่ไม่ควรเกินหัวไหล่ ไม่แกว่งแขนเป็นวงกว้าง หรือแกว่งแขนเร็วและแรงเกินไป ไม่ยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม และระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ¹¹ ดังนั้นผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรควรทำการกายบริหาร 6 ท่าจาก 9 ท่า ท่าละ 10 ครั้ง เพื่ออบอุ่นร่างกาย ดังนี้ 1. นิ่งหมุนข้อเท้า 2. นิ่งกระดกข้อเท้าขึ้นลง 3. นิ่งหมุนคอหรือหันหน้าซ้ายและขวา 4. นิ่งเหยียดเข่าตรง 5. นิ่งยกเข่า 6. ยืนยกเข่า (งดท่าหมุนไหล่ ท่ายกแขนขึ้นตรง และท่าเอียงตัวสลับซ้ายขวา) ร่วมกับการเดินเร็วๆ ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที²⁸ หลังจาก 7 วันไปแล้วผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจสามารถเพิ่มการทำการกายบริหารอีก 3 ท่า โดยทำช้าๆ และไม่กระชากแขน เพื่อป้องกันการเกิดข้อไหล่ยึดติด จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 หลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรควรเพิ่มระยะเวลาการเดินเร็วเป็นวันละ 10-15 นาที และสัปดาห์ที่ 3 เพิ่มระยะเวลาการเดินเร็วเป็นวันละ 15-20 นาที²⁸

3.2 ระยะ 1 เดือนหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร สามารถทำกิจกรรมทางกายต่างๆ ได้โดยระวังไม่ให้ใช้แขนด้านที่ใส่เครื่องอย่างหนัก และระวังการกระแทกบริเวณที่ใส่เครื่อง¹¹ ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรสามารถทำการกายบริหาร 9 ท่า ร่วมกับการเดินเร็วๆ โดยเดินวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที หลังจากสัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไป สามารถเดินให้เร็วขึ้นได้ และค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในการเดินจนสามารถเดินได้วันละประมาณ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย หลังจากเดินเร็วครบตามเวลาที่กำหนดแล้ว ให้เดินช้าลง หรือย่ำเท้าอยู่กับที่ร่วมกับหายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ ประมาณ 5 นาที เป็นการสิ้นสุดการออกกำลังกายด้วยการเดิน²⁸ หรือสามารถทำงานบ้านที่ออกแรงน้อยถึงปานกลาง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ ทำสวน เพาะปลูก กวาดลานบ้าน ซ่อมบ้านทั่วไป เป็นต้น

3.3 ระยะ 3 เดือนหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร สามารถทำกิจกรรมทางกายทุกอย่างได้ตามปกติ เช่นเดียวกับระยะก่อนใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ รวมถึงสามารถเล่นกีฬาได้ เพียงแต่ควรหลีกเลี่ยง การเล่นกีฬาที่มีโอกาสเกิดการกระแทกบริเวณที่ฝังเครื่อง¹¹ ดังนั้นผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

แบบถาวรสามารถทำกิจกรรมทางกายต่างๆ ตามความสามารถของตนเอง นอกเหนือจากการทำกายบริหาร 9 ท่า และการเดินเร็วแล้ว สามารถทำกิจกรรมทางกายตามคำแนะนำจากคู่มือกิจกรรมทางกายประจำบ้าน⁹ โดยเลือกทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และไม่เสี่ยงต่อการเกิดการกระแทกร่างกาย ดังนี้

3.3.1 กิจกรรมทางกายสำหรับวัยผู้ใหญ่⁹

เพื่อป้องกันความเสี่ยงของโรค NCDs เสริมสร้างสมรรถนะในการทำงาน และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การกระโดดเชือก อย่างน้อย 10-15 นาที หรือแบ่งเป็นเซต เซตละ 1 นาที พัก 1 นาที ประมาณ 10-15 เซต วิ่งในระดับความหนัก ปานกลาง วายน้ำ ปั่นจักรยาน เดินอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ยืดสะโพกด้านหลัง ทำค้างไว้ 20-30 วินาที ซ้ำละ 3-4 ครั้ง การยืดต้นคอ ทำค้างไว้ 15-20 วินาที ทุกทิศทาง 3-4 ครั้ง การยืดกล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้า ทำขึ้น-ลง อย่างช้าๆ 10-15 ครั้งต่อเซต ประมาณ 3-4 เซต การสควอท 15-20 ครั้งต่อเซต และบริหารกล้ามเนื้อด้านหน้า-ด้านข้าง 20-30 ครั้งต่อเซต ทำ 3-4 เซต

3.3.2 กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ⁹

เพื่อสร้างความสมดุล ป้องกันการหกล้ม เพิ่มความคล่องแคล่วในการดูแลตนเอง และเพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อและรูปร่าง ได้แก่ การยืนขาเดียว ทรงตัว ทำให้นาน 30-60 วินาทีต่อข้าง ซ้ำละ 3-4 ครั้ง ยืนต้นพื้นกับผนังห้อง ทำรอบละ 15-20 ครั้ง 3-4 รอบ ยืนขาเดียวแกว่งแขนและขา ทำข้างละ 30-60 วินาที 3-4 ครั้ง ยืนย่อเท้าอยู่กับที่ ครั้งละ 30-60 วินาที อย่างน้อย 3-4 ครั้ง และเดินต่อเท้า ประมาณ 20-30 ก้าว อย่างน้อย 3-4 ครั้ง การก้าวขึ้น-ลงบันได ซึ่งเริ่มด้วยเท้าขวาก่อน ประมาณ 20-30 ครั้ง ต่อรอบ แล้วสลับเท้าซ้าย ทำข้างละ 3-4 รอบ นั่งแตะปลายเท้า ทำค้างไว้ครั้งละ 20-30 วินาที ประมาณ 3-4 ครั้ง ยกแขนยืดไปด้านหน้า ทำข้างละ 15-20 ครั้ง ประมาณ 3-4 เซต นั่งหมุนลำตัวไปด้านข้าง 20-30 ครั้ง ประมาณ 3-4 เซต ลูกนั่งกันแตะเก้าอี้ ทำช้าๆ 15-20 ครั้ง 3-4 เซต การยกเข้าแตะบอลหรือขวดน้ำ 1.5 ลิตร นับรวมกันซ้ายขวาให้ได้ 20-30 ครั้ง ประมาณ 3-4 เซต นอนหงายยกสะโพก ทำช้าๆ 15-20 ครั้ง 3-4 เซต และเดินแอโรบิก/เดินเร็ว/ปั่นจักรยาน อย่างน้อย 30-45 นาที ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์

นอกจากนี้ในการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สามารถให้คำแนะนำตามหลักบันได 6 ขั้น ตามระดับกิจกรรมทางกายสำหรับคนไทย¹⁰ ดังรูปที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง บุคคลที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือไม่ได้ทำกิจกรรมหนักปานกลาง หรือหนักมากในชีวิตประจำวัน ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายที่มีความหนักระดับปานกลาง หรือหนักมากในชีวิตประจำวัน เพื่อปรับขึ้นมาเป็นระดับ 1

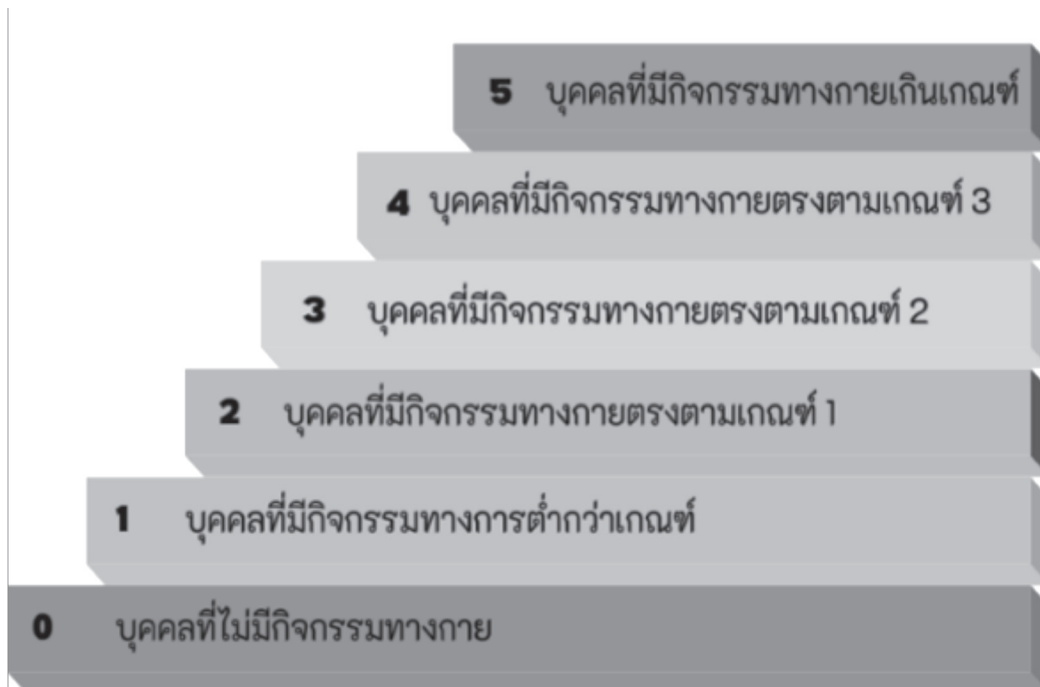
ระดับ 1 หมายถึง บุคคลที่มีกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ หรือทำกิจกรรมหนักปานกลาง และหรือหนักมาก แต่ไม่ถึง 10 นาทีต่อครั้ง หรือรวมเวลาทำกิจกรรมหนักปานกลางไม่ถึง 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือทำกิจกรรมหนักไม่ถึง 75 นาทีต่อสัปดาห์ ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายให้ถึงอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง หรือรวมเวลา 30 นาทีต่อวัน และทำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อปรับขึ้นมาเป็นระดับ 2

ระดับ 2 หมายถึง บุคคลที่มีกิจกรรมทางกายตรงตามเกณฑ์ 1 หรือทำกิจกรรมทางกาย อย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง หรือมีเวลารวมทำกิจกรรมหนักปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือทำกิจกรรมหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางหรือระดับหนักอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง ให้ได้เวลารวม 300 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อปรับขึ้นมาเป็นระดับ 3

ระดับ 3 หมายถึง บุคคลที่มีกิจกรรมทางกายตรงตามเกณฑ์ 2 หรือมีการทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง รวมเวลาอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางหรือระดับหนักในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง และรวมการใช้พลังงาน 1,500-2,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ เพื่อปรับขึ้นมาเป็นระดับ 4

ระดับ 4 หมายถึง บุคคลที่มีกิจกรรมทางกายตรงตามเกณฑ์ 3 หรือมีการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 450 นาทีต่อสัปดาห์ และระดับหนักอย่างน้อย 225 นาทีต่อสัปดาห์ ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายแบบอื่นร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพื่อปรับขึ้นมาเป็นระดับ 5

ระดับ 5 หมายถึง บุคคลที่มีกิจกรรมทางกายเกินเกณฑ์ หรือทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 600 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายแบบอื่นร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และการผ่อนคลาย



รูปที่ 1 การให้คำแนะนำกิจกรรมทางกาย บันได 6 ขั้น¹⁰

อีกทั้งจากการศึกษาวิจัยพบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร²⁹ โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และเสริมทักษะการจับชีพจรด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁰ ร่วมกับการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถเสริมสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้³¹ ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรรักษาพยาบาลต้องประเมินระดับการทำกิจกรรมทางกายแล้วควรมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับเครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และให้ความรู้แก่ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรด้วย ร่วมกับการให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมกับความสามารถของร่างกายแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีต่อไป

กรณีศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 42 ปี โรคประจำตัว: โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง รอบเอว 101.6 เซนติเมตร BMI = 38.51 ได้รับการวินิจฉัยว่า

มีภาวะหัวใจเต้นช้าชนิด Complete heart block ได้รับการใส่ PPM ครั้งแรก: DDD 60-120 b/m เมื่อ เม.ย. 65

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพช่างถ่ายวิดีโอ พักอาศัยที่พักของทางราชการกับครอบครัว ระยะทางจากที่พักมายังที่ทำงานประมาณ 1 กิโลเมตร เดินทางมาทำงานด้วยรถยนต์ส่วนตัว มีการทำกิจกรรมทางกาย ดังนี้

ก่อนใส่ PPM: ลักษณะงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ ทำงานที่ใช้แรงยกของหนัก เช่น อุปกรณ์บันทึกวิดีโอ เดินถ่ายวิดีโอ เดินทางด้วยรถยนต์ และเดินขึ้นลงบันไดอาคารที่พัก (4 ชั้น) ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะรู้สึกเหนื่อยง่าย ใจสั่น

หลังใส่ PPM: ลักษณะงานที่ได้รับผิดชอบเปลี่ยนไป เป็นการนั่งตัดต่อวิดีโอที่โต๊ะทำงาน เดินทางด้วยรถยนต์ และเดินขึ้นบันไดอาคารที่พักเช่นเดิม มีการทำกิจกรรมทางกายอื่นๆ ใน 1 สัปดาห์ ดังนี้ เดินเล่นรอบๆ บ้าน หรือเดินในบ้านประมาณ 7 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที ทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 21 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที ทำงานบ้านเบาๆ เช่น การล้างจาน ประมาณ 21 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที เดินในทางราบ ประมาณ 100-200 เมตร ประมาณ 5 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที เดินขึ้นบันไดที่พัก ประมาณ 14 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที มีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที ไม่มีการทำงานบ้านที่ออกแรงปานกลางถึงหนัก เนื่องจากภรรยาเป็นผู้ทำให้ไม่มีการทำงานสวน/ทำงานในสนาม

เนื่องจากไม่มีพื้นที่สนามส่วนตัว ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ออกแรงปานกลางถึงออกแรงมาก ไม่ได้เล่นกีฬา และออกกำลังกายเพราะรู้สึกเหนื่อย เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก และเจ็บเข่า

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 65 ปี โรคประจำตัว: โรคไขมันในเลือดสูง รอบเอว 69 เซนติเมตร BMI = 19.57 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจเต้นช้าชนิด Complete heart block ใส่ PPM ครั้งที่ 2 (เปลี่ยนแบตเตอรี่): DDD 50-120 b/m เมื่อ ก.ย. 63

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพข้าราชการบำนาญ พักอาศัยที่บ้านพักส่วนตัวกับครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน เดินทางไปต่างจังหวัดบางครั้งด้วยรถยนต์ส่วนตัว มีการทำกิจกรรมทางกาย ดังนี้

ก่อนใส่ PPM: มีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยการปั่นจักรยานเสือภูเขา และเดินเร็ว

หลังใส่ PPM: ปรับการออกกำลังกายเป็นการเดินแอโรบิก เดินจกรม และเดินทางท่องเที่ยวเป็นบางครั้ง มีการทำกิจกรรมทางกายอื่นๆ ใน 1 สัปดาห์ ดังนี้ เดินเล่นรอบๆ บ้าน หรือเดินในบ้านประมาณ 7 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที ทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 21 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เดินทางราบประมาณ 100-200 เมตร (เดินจกรม) ประมาณ 70 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที เดินขึ้นบันไดที่พัก (2 ชั้น) ประมาณ 14 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที เดินแอโรบิกเบาๆ ประมาณ 14 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ไม่ได้ทำงานบ้าน-ทำสวน เนื่องจากมีแม่บ้านทำให้และไม่มีเพศสัมพันธ์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบการทำกิจกรรมทางกาย สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบกิจกรรมทางกาย และระยะเวลารวมในการทำกิจกรรมทางกายแบ่งตามระดับของการทำกิจกรรมของกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	42 ปี	65 ปี
โรคประจำตัว	CHD, HT, DLP	DLP
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ปริญญาโท
อาชีพ	ข้าราชการ	ข้าราชการบำนาญ
จำนวนครั้ง/ระยะเวลาใส่ PPM	ครั้งแรก, 6 เดือน	ครั้งที่ 2, 2 ปี
การทำกิจกรรมทางกายระดับเบา	- เดินเล่นรอบๆ บ้าน หรือเดินในบ้าน 7 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที (35 นาที) - ทำกิจวัตรประจำวัน 21 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที (210 นาที) - เดินในทางราบ 100-200 เมตร 5 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที (50 นาที) - ทำงานบ้านเบาๆ เช่น การล้างจาน 21 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที (105 นาที)	- เดินเล่นรอบๆ บ้าน หรือเดินในบ้าน 7 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที (70 นาที) - ทำกิจวัตรประจำวัน 21 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที (630 นาที) - เดินในทางราบ 100-200 เมตร 70 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที (700 นาที)
การทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง	- เดินขึ้นบันไดที่พัก 14 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที (70 นาที) - มีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที (30 นาที)	- เดินขึ้นบันไดที่พัก 14 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที (28 นาที) - เดินแอโรบิกเบาๆ 14 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที (420 นาที)
การทำกิจกรรมทางกายระดับหนัก	-	-
ระดับการทำกิจกรรมทางกาย	ระดับ 1	ระดับ 3
	มีกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ ¹⁰	มีกิจกรรมทางกายตรงตามเกณฑ์ ¹⁰

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งใส่เครื่อง PPM ครั้งแรกเป็นระยะเวลา 6 เดือน และกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งใส่เครื่อง PPM ครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 2 ปี จะไม่มีการทำกิจกรรมทางกายในระดับหนักหลังการใส่ PPM และมีการทำกิจกรรมทางกายระดับเบาที่คล้ายคลึงกัน โดยการเดินเล่นรอบๆ บ้าน การเดินทางราบ และการทำกิจวัตรประจำวัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 จะมีความถี่ และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกายทั้งในระดับเบา และระดับปานกลาง มากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 จึงส่งผลให้กรณีศึกษาที่ 2 มีระดับการทำกิจกรรมทางกายตรงตามเกณฑ์ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 มีระดับการทำกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์

การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

กรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากได้รับการใส่ PPM มาเป็นระยะเวลา 6 เดือน จึงไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายแล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำให้เพิ่มการทำกิจกรรมทางกายทุกความหนักให้ถึงอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง เพิ่มการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง หรือรวมเวลาให้ครบ 30 นาทีต่อวัน และทำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายในระดับหนัก เพื่อให้มีเวลารวมในการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักครบ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งสามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายได้โดยปรับเปลี่ยนวิธีเดินทางไปทำงานจากขับรถส่วนตัวเป็นการปั่นจักรยาน หรือเดินไปทำงาน เพิ่มการเดินหรือขยับตัวในระหว่างนั่งทำงาน เพื่อลดเวลานั่งอยู่กับที่ เพิ่มการช่วยภรรยาทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เพิ่มการออกกำลังกายด้วยการทำกายบริหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ และเริ่มฝึกการเดินเร็วควบคู่กันไปกับการลดน้ำหนัก เพื่อปรับเข้าสู่การมีกิจกรรมทางกายระดับ 2 คือมีกิจกรรมทางกายตามเกณฑ์

กรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 2 อยู่ในวัยสูงอายุ ใส่ PPM เป็นครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 2 ปี จึงไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายหลังใส่ PPM และผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมทางกายตามปกติต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง หรือระดับหนักในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง เช่น การเดินเร็ว หรือปั่นจักรยาน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ร่วมกับการฝึกยืนขาเดียวทรงตัว ยืนย่ำเท้าอยู่กับที่ และเดินต่อเท้า

เพื่อสร้างความสมดุลและป้องกันการหกล้ม จนปรับเข้าสู่การมีกิจกรรมทางกายระดับ 4

สรุป

กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทั้งการประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน การเดินทาง และการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงเล่นกีฬา และออกกำลังกาย การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการมีข้อจำกัดในการใช้แขนด้านที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจในระยะ 1-3 เดือนแรกหลังใส่เครื่อง ทำให้ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีกิจกรรมทางกายลดลง ดังนั้นในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้แกผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร พยาบาลควรสำรวจกิจกรรมทางกาย ประเมินค่าการทำกิจกรรมทางกาย และให้คำแนะนำการมีกิจกรรมทางกายทั้งรูปแบบ ชนิด ความหนัก และระยะเวลา ในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรมีการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีต่อไป

References

1. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart rhythm society. *Circulation*. 2019; 140(8): e382-e482.
2. Coombes D. Pacemaker therapy 1: clinical indications, placement and complications. *Nursing Times* [online]. 2021; 117(11): 22-4.
3. Vanessa W, Ian R, Richard K. Bradyarrhythmias. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2018; 21(9): 218-26.
4. Magnusson P, Liv P. Living with a pacemaker: patient-reported outcome of a pacemaker system. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2018; 18(1): 110.

5. Asia Pacific Heart Rhythm Society. The APHRS White Book: 8thed. 2020.
6. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): analysis guide. 2016.
7. Wongpipit W, Kritpet T, Phongphibool S. Physical activity and Sedentary behaviour: guidelines and assessment. *Journal of Sports Science and Health*. 2020; 21(1): 1-21. (in Thai)
8. CDC. General physical activities defined by level of intensity [online]. 2020.
9. Ketwongsa P, Chulet P, Iamyam W, Unampai A, Sangsawang A. Handbook of physical activities at home. Nakhon Pathom: Thailand Physical Activity Knowledge Development Center [TPAK], Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2020. (in Thai)
10. Jalayondeja C, Jalayondeja W, Bovonsunthonchai S, Bunprajun T, Kaewkhuntee W. Thai physical activity guideline: Faculty of physical therapy, Mahidol University; 2015. (in Thai).
11. Pensri L, Ua-Kit N. Care of patients with permanent cardiac pacemaker: Nurse's Roles. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2019; 25(3): 255-69. (in Thai)
12. Aqeel M, Shafquat A, Salahuddin N. Pacemaker patients' perception of unsafe activities: a survey. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2008; 8(1): 31.
13. Pongsuay C, Choowattanapakorn T. Experiences of older persons living with permanent pacemaker. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2012; 24(3): 79-91. (in Thai)
14. Ghojzadeh M, Azami-Aghdash S, Sohrab-Navi Z, Kolahdouzan K. Cardiovascular patients' experiences of living with pacemaker: qualitative study. *ARYA Atheroscler*. 2015; 11(5): 281-8.
15. Polikandrioti M, Tzirogiannis K, Zyga S, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Theofilou P, et al. Effect of anxiety and depression on the fatigue of patients with a permanent pacemaker. *Archives of medical sciences Atherosclerotic diseases*. 2018; 3: e8-e17.
16. Aroonsang P. Nursing care for major problems of the elderly: applying. Khonkaen: Klungnanatham; 2011. (in Thai)
17. Bonnecaze TE, Singleton M, Bhav P. Association of atrial fibrillation and device surrogates of physical activity in patients with implanted pacemakers and defibrillators. *Journal of the American College of Cardiology*. 2021; 77(18_Supplement_1): 267.
18. Polikandrioti M, Tzirogiannis K, Zyga S, Gerogianni G, Stefanidou S, Tsami A, et al. Assessment of fatigue in patients with a permanent cardiac pacemaker: prevalence and associated factors. *Archives of Medical Science Atherosclerotic Diseases*. 2018; 3: e166-e73.
19. Haugaa KH, Potpara TS, Boveda S, Deharo J-C, Chen J, Doboreanu D, et al. Patients' knowledge and attitudes regarding living with implantable electronic devices: results of a multicentre, multinational patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association. *EP Europace*. 2018; 20(2): 386-91.
20. Malm D, Hallberg LRM. Patients' experiences of daily living with a pacemaker: a grounded theory study. *Journal of Health Psychology*. 2006; 11(5): 787-98.
21. Sassone B, Mandini S, Grazi G, Mazzoni G, Myers J, Pasanisi G. Impact of COVID-19 pandemic on physical activity in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2020; 40(5): 285-6.

22. Kaminsky LA, Brubaker PH, Guazzi M, Lavie CJ, Montoye AH, Sanderson BK, et al. Assessing physical activity as a core component in cardiac rehabilitation: a position statement of the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2016; 36(4): 217-29.
23. Goto T, Mori K, Nakasuka K, Kato M, Nakayama T, Banno T, et al. Physical activity and mortality in older patients with a pacemaker. *Geriatrics & Gerontology International*. 2020;20(2): 106-11.
24. Leal-Costa C, Lopez-Villegas A, Catalan-Matamoros D, Robles-Musso E, Lappegård KT, Bautista-Mesa RJ, et al. Long-term socioeconomic impact of informal care provided to patients with pacemakers: remote vs. conventional monitoring. *Healthcare*. 2020; 8(2): 175.
25. Kramer DB, Tsai T, Natarajan P, Tewksbury E, Mitchell SL, Trivison TG. Frailty, physical activity, and mobility in patients with cardiac implantable electrical devices. *Journal of the American Heart Association*. 2017; 6(2): e004659.
26. Premelč J, Hadzic V. Physical ability of patients with a pacemaker. *REVIJA SPORT*. 2021:58-62.
27. Bohplian S. Low cardiac output syndrome in cardiac surgery patient: challenging cardiovascular nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(2): 135-40. (in Thai)
28. Phramongkutklao Hospital Cardiac Rehabilitation Clinic. Patient recommendation for patients with ischemic heart disease and cardiac surgery [Document]. 2015. (in Thai)
29. Punkum T, Ua-Kit N. Predicting factors of health behaviors in patients with cardiac permanent pacemaker. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017; 28(1): 129-41. (in Thai)
30. Pensri L, Ua-Kit N. The effect of education and social support program on health behaviors in patients with cardiac permanent pacemaker. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2019; 46(3): 669-83. (in Thai)
31. Reunthongee U., Jewpattanakul Y. Enhancing older adults' health promotion activities by using community-based participation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(1): 274-82. (in Thai)

แนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกำลังพลกองทัพบก

The Guidelines for Preventing Health Problems from PM_{2.5} in Royal Thai Army Personnel

กัณฐรัชญ์ จันรุ่งเรือง* คทาฐธ ดิปรีชา

Kantarat Junrungruang* Kathawoot Deepreecha

กรมแพทย์ทหารบก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Army Medical Department, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

โรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว อาชีพทหารต้องมีการปฏิบัติราชการในสนามซึ่งเป็นพื้นที่กลางแจ้ง จึงมีโอกาสสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} มากขึ้น ที่ผ่านมา มีแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังจากกรมแพทย์ทหารบก ปัจจุบันมีการเพิ่มเติมมาตรการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางที่เหมาะสมมากขึ้น บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกฎหมาย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบก

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพ, ฝุ่นละออง PM_{2.5}, กองทัพบก

Abstract

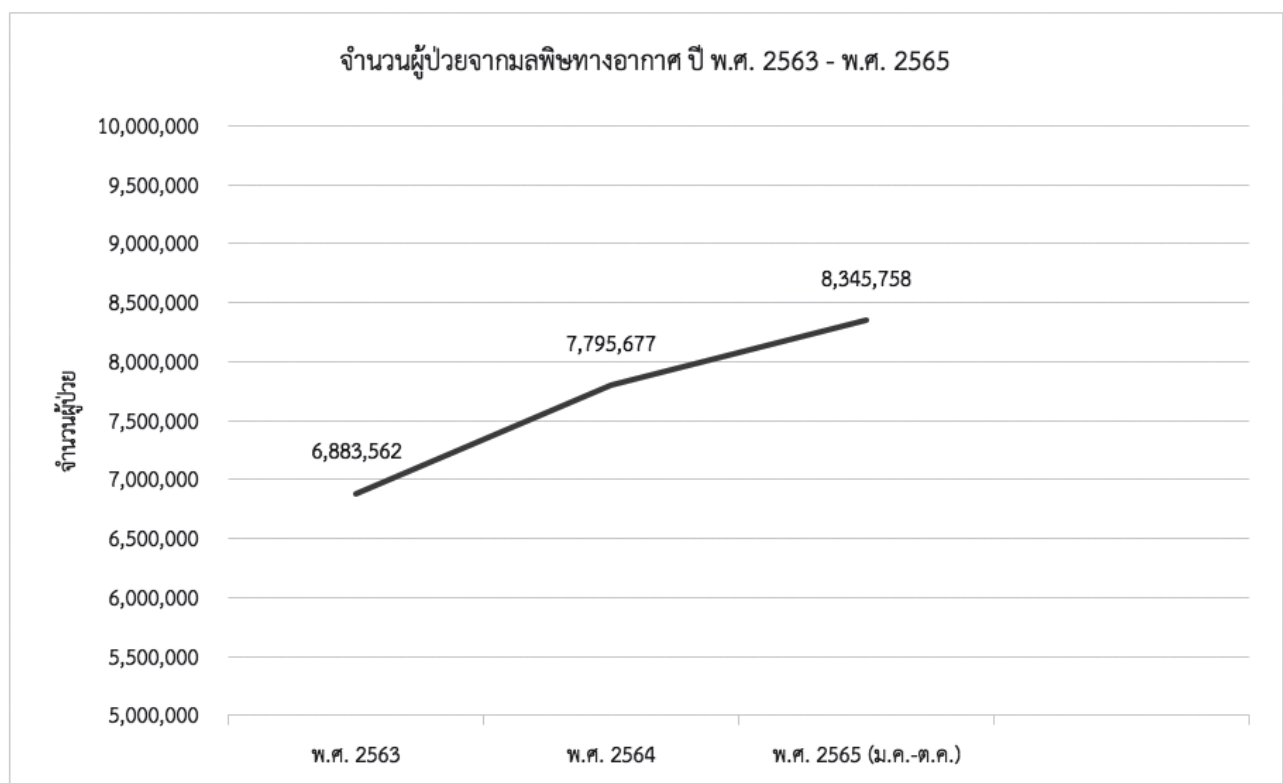
Diseases from PM_{2.5} is likely to increase considerably, affecting both short- and long-term health problems. Army has duty in outdoor fields. Therefore, there is a higher chance of exposure to PM_{2.5}. In the past, there have been preventive guidelines from the Royal Thai Army Medical Department. Currently, disease prevention and control measures and related laws are being added, so more appropriate approaches should be analyzed and improved. This academic paper aims recommend guidelines to prevent, monitor and control diseases from PM_{2.5} that are appropriate and in accordance with the law. To help prevent health problems from PM_{2.5} in army personnel.

Keyword: Health problem, PM_{2.5}, Army

บทนำ

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก จากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 4.2 ล้านคนโดยเป็นเด็กถึง 6 แสนคน และพื้นที่ที่มีการเสียชีวิตมากที่สุดคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกาตะวันตก¹ สารมลพิษสำคัญคือ ฝุ่นละออง PM_{2.5} ซึ่งเป็นสารผสมที่มีทั้งของแข็งและของเหลวมีส่วนประกอบของสารเคมีหลายชนิดทั้งที่เป็นสารระคายเคืองไปจนถึงสารก่อมะเร็ง โดยฝุ่นละออง PM_{2.5} ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากแนวโน้มสถานการณ์ฝุ่นละออง PM_{2.5} ช่วงปี พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2563² ในทุกพื้นที่ของประเทศไทยค่าเฉลี่ยรายปีเกินค่ามาตรฐานประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2563 มีปริมาณของ PM_{2.5} เฉลี่ยรายปีถึง 21.4 µg/m³ ซึ่งสูงกว่า 4 เท่าของเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก³

จากข้อมูลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจากมลพิษทางอากาศ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 (ม.ค.-ต.ค.) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามรูปที่ 1 โดยในห้วงเดือนที่พบผู้ป่วยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ เดือนมีนาคม ร้อยละ 10.71 รองลงมาได้แก่ เดือนมกราคม ร้อยละ 9.74 เดือนกุมภาพันธ์ ร้อยละ 8.89 และโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคผิวหนัง อักเสบ 2,112,845 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.10 รองลงมาได้แก่ กลุ่มโรคตาอักเสบ 1,449,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.59 และกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง 1,289,891 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.55 ตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกหน่วยงานจะต้องร่วมกันดำเนินการป้องกันและควบคุม โดยในประเทศไทยกำหนดเป็นนโยบายสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁵ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁶ ได้กำหนดให้โรคหรืออาการที่เกิดจากจากสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} เป็นโรคจากสิ่งแวดล้อมซึ่งต้องมีการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรค



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากมลพิษทางอากาศ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564-พ.ศ. 2565
หมายเหตุ. จาก ศูนย์ข้อมูลสุขภาพโรคจากมลพิษทางอากาศ, โดย กระทรวงสาธารณสุข, 2565, กรุงเทพฯ

ในส่วนกองทัพบก อาชีพทหารมีบทบาทในการป้องกันประเทศ จำเป็นต้องมีการฝึกเพื่อเตรียมพร้อมในการรวบรวมถึงการปฏิบัติราชการในสนามซึ่งเป็นพื้นที่กลางแจ้ง จึงมีโอกาสนับสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} สูงขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2564 กำลังพลมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} จำนวน 5,202 ราย และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นถึง 47,952 ราย ที่ผ่านมารกรมแพทย์ทหารบกได้มีคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ปัจจุบันมีการเพิ่มเติมมาตรการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562⁶ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนะแนวทางในการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกฎหมาย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบก โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมต่อไป

ฝุ่นละออง PM_{2.5} และแหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM_{2.5}

ฝุ่นละออง PM_{2.5} คือ อนุภาคแขวนลอยในอากาศที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2.5 ไมครอน การกำเนิดของอนุภาคฝุ่นมีทั้งแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยฝุ่นปฐมภูมิ เกิดจากการปล่อยจากแหล่งกำเนิดโดยตรง ได้แก่ การเผาไหม้ชีวมวล และเชื้อเพลิงปิโตรเลียม การเผาถ่านหิน และฝุ่นที่เกิดจากกิจกรรมเชิงกล เช่น การก่อสร้าง การเจาะหิน รวมถึงการพัดพาฝุ่นละอองจากพื้นดินและฝุ่นเกล็ดจากทะเล ส่วนฝุ่นทุติยภูมิเกิดจากจับตัวเป็นฝุ่นขนาดเล็กจากปฏิกิริยาทางเคมีของสารอื่น ๆ ในบรรยากาศ⁷ โดยจะมีปริมาณมากในช่วงที่เปลี่ยนฤดูกาลจากฤดูหนาวสู่ฤดูร้อน คือในช่วงเดือนธันวาคมถึงเดือนมีนาคม ซึ่งเป็นช่วงที่ความกดอากาศสูงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของมลพิษทางอากาศ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของปรากฏการณ์อุณหภูมิผกผันกลับในชั้นบรรยากาศที่ระดับใกล้ผิวพื้น เป็นเหตุให้อากาศไม่สามารถลอยตัวขึ้นได้ จึงทำให้เกิดการสะสมของฝุ่นละออง หมอก และควัน ในบรรยากาศมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้สภาพภูมิอากาศก็เป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อความหนาแน่นของฝุ่นละออง โดยเฉพาะทิศทางและความเร็วลม⁸

แหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM_{2.5} แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แหล่งกำเนิดตามธรรมชาติ ได้แก่ ไฟป่าตามธรรมชาติ ภูเขาไฟปะทุ การพัดพาฝุ่นจากพื้นดิน ทะเลทราย และฝุ่นเกล็ดทะเล

2. แหล่งกำเนิดจากกิจกรรมที่มนุษย์กระทำ ได้แก่ การคมนาคมขนส่ง การผลิตไฟฟ้า อุตสาหกรรม การก่อสร้าง การเผาชีวมวลทางการเกษตร รวมไปถึงการเผาเชื้อเพลิงเพื่อใช้ในการประกอบอาหาร และการสูบบุหรี่⁹ นอกจากนี้ฝุ่นทุติยภูมิที่เกิดจากการรวมตัวกันของก๊าซมลพิษ ถือเป็นแหล่งกำเนิดทางอ้อมจากกิจกรรมที่มนุษย์กระทำ

ทั้งนี้คุณสมบัติความเป็นพิษขึ้นกับแหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM_{2.5} เช่น ถ้าฝุ่นละออง PM_{2.5} จากการเผาพืชผลทางการเกษตรหรือไฟฟ้า ก็จะมีสาร Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAHs) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งปอดและอวัยวะอื่น ๆ ได้อีกหลายชนิด และถ้าฝุ่นละออง PM_{2.5} จากการจราจรและการขนส่งก็จะมีสารเบนซีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น^{10, 11}

ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน

ผลการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า ฝุ่นละออง PM_{2.5} มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในหลายระบบของร่างกายมนุษย์ จากการที่มีขนาดอนุภาคน้อยกว่า 2.5 ไมครอน จึงสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้ถึงถุงลม กระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของเนื้อเยื่อในปอด ส่งผลให้สมรรถภาพปอดลดลง นอกจากนี้ยังสามารถผ่านผนังเส้นเลือดฝอยรอบถุงลมเข้าสู่กระแสเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ อีกทั้งฝุ่นเหล่านี้ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวได้ สำหรับอาการและอาการแสดงหรือโรคที่มีหลักฐานจากการศึกษาทางระบาดวิทยา^{12 13 14} ว่ามีความสัมพันธ์กับฝุ่นละออง PM_{2.5} จำแนกออกเป็น

1. โรคหรืออาการและอาการแสดงแบบเฉียบพลัน ได้แก่ การเกิดปฏิกิริยาการแพ้ การระคายเคืองของผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ เช่น เยื่อบุตา เยื่อบุทางเดินหายใจ การกระตุ้นให้เกิดอาการหอบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นต้น

2. โรคหรืออาการและอาการแสดงแบบเรื้อรัง ได้แก่ การเกิดโรคเบาหวาน การเกิดโรคมะเร็งปอด การเกิดโรคสมองเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้เด็กในครรภ์เติบโตช้า หรือทารกคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มการตายปริกำเนิดได้

และพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจะสูงขึ้นในบุคคลบางกลุ่ม ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ที่ทำงานหรือทำกิจกรรมในที่โล่งแจ้งที่เสี่ยงต่อการสัมผัสมลพิษทางอากาศ เช่น ตำรวจจราจร พนักงานทำความสะอาดถนน คนขับรถจักรยานยนต์ คนขายของเร่แผงลอย รวมถึงทหารด้วยเช่นกัน

แนวทางในการป้องกัน ฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกำลังพลและครอบครัว กองทัพบกที่เหมาะสม

จากการทบทวนการปฏิบัติตามคำแนะนำของกรมแพทยทหารบก¹⁵ ปัจจุบันมีการเพิ่มเติมมาตรการป้องกันและควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข¹⁶ และพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562⁶ ได้เสนอแนะแนวทางในการป้องกัน ฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบกที่เหมาะสม มีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางการป้องกัน ฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบก

การป้องกัน	ประกาศของกรมแพทยทหารบก	แนวทางที่เสนอแนะ
ระดับปฐมภูมิ	1. การเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฝุ่นละออง PM_{2.5} 2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย เช่น หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง PM_{2.5} เมื่อมีการปฏิบัติงานกลางแจ้ง 3. การดูแลสุขภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและที่ทำงาน โดยปิดประตูหน้าต่างให้มิดชิดป้องกันให้อากาศภายนอกเข้ามา และทำความสะอาดห้องให้สะอาดเป็นประจำ เพื่อลดการสะสมของฝุ่น 4. ลดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่น โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น จัดเว้นการเผาขยะเครื่องยนต์เมื่อจอดยานพาหนะ	1. กำลังพลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} และเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันได้อย่างเหมาะสม เช่น หน้ากากที่สามารถป้องกัน PM_{2.5} ได้ 80% ขึ้นไป เช่น FFP1, FFP2, KN90, N95 ทุกครั้งเมื่อปฏิบัติงาน กลางแจ้งและควรสวมใส่อย่างถูกวิธีเพื่อให้แนบสนิทกับใบหน้า 2. การดูแลสุขภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและที่ทำงาน เช่น การจัดกิจกรรม 5 ส. โดยการใช้การเช็ดถูแทนการกวาดแนะนำให้ปิดประตูหน้าต่างอาคารอยู่เสมอ ทำความสะอาดและล้างถนน 3. หน่วยงานมีนโยบายการลดมลพิษที่แหล่งกำเนิด อย่างชัดเจน เช่น การควบคุมและลดมลพิษจากยานพาหนะ การเผาในที่โล่ง การก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคาร บ้านพักภายในหน่วยทหาร
ระดับทุติยภูมิ	1. การติดตามสถานการณ์ฝุ่นละออง PM_{2.5} ในพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อมีการฝึกการออกกำลังกาย และการทดสอบสมรรถภาพ หากค่าฝุ่นมากกว่า 50 µg/m³ ให้มีการแจ้งเตือนภัยและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานกลางแจ้ง 2. การเฝ้าระวังอาการหรือโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์	1. การเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อม มีการติดตามค่าฝุ่นละออง PM_{2.5} และประเมินสถานการณ์ โดยเฉพาะช่วงเฝ้าระวังเดือนธันวาคมถึงเมษายน เมื่อค่าฝุ่นละออง PM_{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมงมากกว่า 50 µg/m³ จะเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ ควรมีการสื่อสารความเสี่ยงให้กำลังพลทราบโดยการแจ้งเตือนควรหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานกลางแจ้งและการออกกำลังกาย เป็นเวลานาน 2. การเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีการเก็บรวบรวมและรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลกองทัพบกด้วยกลุ่มโรคเฝ้าระวังจากฝุ่นละออง PM_{2.5} จาก รหัส ICD-10 ที่กำหนด ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบตา โรคระบบผิวหนัง และโรคระบบเรื้อรัง โดยรายงานเข้าระบบของกองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารบก ระบุปกติให้รายงานรายเดือน และระบุเฝ้าระวังให้รายงานรายสัปดาห์
ระดับตติยภูมิ	1. ให้การรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่	1. การรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง รวมถึงเตรียมความพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ 2. ประเมินผู้ป่วยก่อนกลับเข้าปฏิบัติหน้าที่ กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง 3. การสอบสวนโรค หากสงสัยหรือวินิจฉัยเป็นโรคจากการสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} ต้องดำเนินการตามกฎหมายคือรายงานต่อกรมควบคุมโรคและดำเนินการสอบสวนโรคเพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกัน

แนวทางการสอบสวนโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5}

ให้ดำเนินการสอบสวนเมื่อเกิดโรคหรือเหตุการณ์ที่เข้าได้กับเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

1. พื้นที่ในการสอบสวนโรค ได้แก่ พื้นที่ประสบปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} คือมีค่าฝุ่นละออง PM_{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ 91 µg/m³ ติดต่อกัน 3 วัน โดยพิจารณาค่าฝุ่นจากสถานีตรวจวัดของกรมควบคุมมลพิษที่ใกล้ที่สุด โดยในกรุงเทพฯ และปริมณฑลพิจารณาพื้นที่ระดับตำบลหรือแขวง ส่วนต่างจังหวัดพิจารณาพื้นที่ระดับอำเภอ

2. ผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรค ได้แก่ ผู้เสียชีวิตหรือผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนในพื้นที่ประสบปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่เข้าได้ตามโรคหรือกลุ่มอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอาการของโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ยืนยันแล้วว่าไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ

2.2 ผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2 รายขึ้นไป ภายใน 1 วัน

2.3 พบผู้ป่วยกลุ่มอาการภูมิแพ้กำเริบ ซึ่งไม่สามารถยืนยันเชื้อก่อโรคได้ จำนวน 10 รายขึ้นไป จากหน่วยงานหรือในพื้นที่เดียวกัน

โดยขั้นตอนในการสอบสวนโรค จะใช้ขั้นตอนการในการสอบสวนโรค 8 ขั้นตอนได้แก่

1. การยืนยันว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง
2. การยืนยันการวินิจฉัยโรค

3. การเตรียมบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องและแบบสอบถาม โดยทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรเตรียมเครื่องมือตรวจวัดปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกรณีที่เป็น และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมดำเนินการสอบสวนโรค

4. การกำหนดนิยามผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ กรณีการเจ็บป่วยหลังจากได้รับสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} ยังไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด กำหนดเป็นผู้ป่วยสงสัยเท่านั้น

5. การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ดำเนินการได้ 2 วิธี ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

6. การวิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

โดยการนำข้อมูลสถานการณ์ที่ได้มาแจกแจงตามสถานที่ เวลา และบุคคล เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการรับสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพอากาศหรือไม่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วนค่าเฉลี่ย มัชฌิมาน

7. การควบคุมและป้องกัน ที่ทีมสอบสวนสามารถทำได้ คือ การลดผลกระทบด้านสุขภาพ โดยสื่อสารความเสี่ยงให้กำลังพลรับทราบเพื่อป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม

8. การสื่อสารข้อมูล ดำเนินการได้ 2 วิธี ได้แก่ การนำเสนอให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทราบ และการเขียนรายงาน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5}

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา เป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลเพิ่มสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกลวิธีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ¹⁷ พยาบาลมีลักษณะงานที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการโดยตรง จึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีส่วนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบก ดังนี้

1. ระยะปกติ (เดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน)

1.1 พัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยการเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ให้กำลังพลและครอบครัว และการป้องกัน เช่น การใช้หน้ากากป้องกัน PM_{2.5} ทุกครั้งเมื่อปฏิบัติงานกลางแจ้ง และวิธีการสวมใส่อย่างถูกวิธี

1.2 เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนเข้มแข็ง โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดมลพิษที่แหล่งกำเนิดอย่างต่อเนื่อง งดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่นละออง เช่น การเผาขยะ และการดับเครื่องยนต์เมื่อจอดยานพาหนะ

2. ระยะเฝ้าระวัง (เดือนธันวาคม-เมษายน)

2.1 สื่อสารความเสี่ยง ให้กำลังพลทราบถึงสถานการณ์ PM_{2.5} และผลกระทบต่อสุขภาพ และการปฏิบัติตนเองในแต่ละวัน

2.2 ให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติจากการสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} เช่น หายใจติดขัด ไอบ่อย แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ ให้รีบพบแพทย์ เพื่อทำการวินิจฉัย และรักษาอย่างทันที่

2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ โดยแนะนำการดูแลสุขภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและที่ทำงาน เพื่อลดการสัมผัสฝุ่น

3. รายงานและทบทวนมาตรการหลังการปฏิบัติ

3.1 รวบรวมข้อมูลกำลังพลที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลกองทัพบก ซึ่งป่วยด้วยกลุ่มโรคจากการสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและควบคุม ปัญหาสุขภาพต่อไป

สรุป

โรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} เป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันมีการศึกษาพบผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวมากมาย จึงมีการบังคับใช้กฎหมาย และเพิ่มเติมมาตรการป้องกันและควบคุมโรค บทความนี้ได้เสนอแนะแนวทางในการป้องกัน ฝ้าระวัง และควบคุมโรคจากฝุ่นละออง PM_{2.5} ในกำลังพลกองทัพบกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกฎหมาย โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อดูแลกำลังพลและลดปัญหาสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5}

References

1. Ghebreyesus DTA, Kluge DHHP. WHO global air quality guidelines: World Health Organization; 2021.
2. Chareunchansa A, Phetsuwan T. Thailand State of Pollution Report 2020. Bangkok: Pollution Control Department. Ministry of Natural Resources and Environment; 2021. (in Thai)
3. The Centre for Research on Energy and Clean Air (CREA). World Air Quality Report Region & City PM_{2.5} Ranking. California; 2020.
4. Information and Communication Technology Center. Diseases and Health Threats Caused by PM_{2.5} Report 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
5. Notification of the Ministry of Health on the name or major symptoms of environmental diseases B.E. 2020. Government Gazette volume 138 (dated 29 December 2020). (in Thai)
6. Occupational and Environmental Diseases Control Act B.E. 2019. Government Gazette volume 136 (dated 22 May 2019). (in Thai)
7. Wilson WE, Suh HH. Fine Particles and Coarse Particles: Concentration Relationships Relevant to Epidemiologic Studies. Journal of the Air & Waste Management Association. 1997;47(12):1238-49.
8. Center for Ozone and Radiation. Atmospheric Dust Test Results Data and Weather Indices for Air Quality. Bangkok: Division of Meteorological Digital Services; 2020
9. Westervelt D, Horowitz L, Naik V, Tai A, Fiore A, Mauzerall DLJAe. Quantifying PM_{2.5}-meteorology sensitivities in a global climate model. 2016; 142:43-56.
10. Kim K-H, Kabir E, Kabir S. A review on the human health impact of airborne particulate matter. Environment International. 2015;74:136-43.
11. Feng S, Gao D, Liao F, Zhou F, Wang X. The health effects of ambient PM_{2.5} and potential mechanisms. Ecotoxicol Environmental Safety. 2016;128:67-74.
12. Thurston GD, Kipen H, Annesi-Maesano I, Balme J, Brook RD, Cromar K, et al. A joint ERS/ATS policy statement: what constitutes an adverse health effect of air pollution? An analytical framework. The European respiratory journal. 2017;49(1):1600419

13. Schraufnagel DE, Balmes JR, Cowl CT, De Matteis S, Jung SH, Mortimer K, et al. Air Pollution and Noncommunicable Diseases: A Review by the Forum of International Respiratory Societies' Environmental Committee, Part 1: The Damaging Effects of Air Pollution. Chest. 2019;155(2):409-16.
14. Schraufnagel DE, Balmes JR, Cowl CT, De Matteis S, Jung SH, Mortimer K, et al. Air Pollution and Noncommunicable Diseases: A Review by the Forum of International Respiratory Societies' Environmental Committee, Part 2: Air Pollution and Organ Systems. Chest. 2019;155(2):417-26.
15. Division of Health Promotion and Preventive Medicine. Notification of the Health Care Advice on Air Pollution (Fine Particular Matter (PM_{2.5})). Bangkok: Department of the Royal Thai Army Medical Department; 2019. (in Thai)
16. Department of Disease Control. Medical and Public Health Action Guide for Fine Particular matter (PM_{2.5}) in 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
17. Poomsanguan K. Health and health promotion: nurses' important role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):10-4. (in Thai)

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

The Management of Teaching and Tearning in Nursing by Using Virtual Reality Simulations

อาทิตยา เถาว์โท¹ กิตติพงษ์ พลทิพย์*² จีรพรรณ ชาประดิษฐ์³ ฐานิดา สมขันธ์³ ธวัชชัย ยืนยาว⁴ นรากร สารีเหล็ก⁵
Artittaya Taotho¹ Kittiphong Phontip*² Chirawan Chapradit³ Tanida Somkhantee³ Thawatchai Yeunyow⁴
Narakorn Sareelae⁵

¹นักวิชาการอิสระ นนทบุรี ประเทศไทย 11110

¹Independent scholar, Nonthaburi, Thailand 11110

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120

²Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand 45120

³คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

³Faculty of Nursing, Buriram Western university, Buriram, Thailand 31000

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุรินทร์ ประเทศไทย 32000

⁴Boromarajonani College of Nursing, Surin Faculty of Nursing, Praboromaraichanok Institute, Surin, Thailand 32000

⁵โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330

⁵Thanyarak Udonthani Hospital, Udonthani, Thailand 41330

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริง เป็นการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสังคมโลก เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์แทนสถานการณ์จริง โดยมีกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน คือ 1) กระบวนการก่อนการเรียนการสอน 2) ช่วงการนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง 3) ช่วงการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง 4) กระบวนการสะท้อนคิดและการปฏิบัติ และ 5) การประเมินผู้เรียน โดยมีเครื่องมือหรือสิ่งอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองหลากหลายรูปแบบให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม โดยการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริงนี้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน และเพิ่มทักษะการสอนให้กับผู้สอน ทั้งนี้ผู้สอนจำเป็นต้องเลือกและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับรายวิชา และสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้และการสร้างประสบการณ์ให้กับผู้เรียน บทความวิชาการนี้จะสร้างความเข้าใจในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อกำหนดแบบการเรียนการสอนทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริง, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Abstract

A teaching and learning management in the nursing science curriculum by using realistic nursing simulations is a teaching and learning management in the changing situation of global society technology. In order for students to gain experience instead of real situation. There is 5 step leaning process: 1) Before teaching 2) Introduction 3) The Simulation experience 4) Debriefing and 5) Evaluation. There are simulators to choose from as appropriate. These things result in the development of learning outcome for the students and increase teaching skills for teachers. However, the teachers must choose and apply to suit the course and different situations to achieve the objectives of learning and creating experience for the learners. This article will build understanding of instructional management by using virtual simulations to further design nursing instruction.

Keywords : Realistic nursing simulations, Nursing science curriculum

บทนำ

ในปี ค.ศ. 2011 The Institute of Medicine (IOM) องค์การระดับชาติที่เป็นผู้นำในการประเมินคุณภาพและการให้การรับรองมาตรฐานของการปฏิบัติงานของบุคลากรสายงานด้านสุขภาพ ได้ตีพิมพ์รายงานที่เกี่ยวกับการผิดพลาดทางการแพทย์ จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกว่าแสนรายต่อปีในสหรัฐอเมริกา และรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผิดพลาดเนื่องจากบุคลากรขาดประสบการณ์ นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2003 และ ค.ศ. 2011 แพทยสภาแห่งสหรัฐอเมริกา ยังได้จำกัดจำนวนชั่วโมงและจำกัดการปฏิบัติงานกับคนไข้และสถานที่จริงในโรงพยาบาลของแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ฝึกหัด ส่งผลให้รัฐบาลในหลายๆประเทศและองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรงพยาบาลมีระบบสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย (Patient Safety)^{1,2} ซึ่งส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติของผู้เรียนในสายงานสุขภาพ IOM จึงได้ออกมากล่าวว่า การฝึกที่จะทำให้อุบัติการณ์ความปลอดภัยนั้นคือการฝึกใน Simulation ซึ่งพบว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก ช่วยให้มีการพัฒนาทักษะ ความสามารถ รวมถึงการฝึกในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้และเหตุการณ์วิกฤต สำหรับในส่วนของคุณะพยาบาลศาสตร์นั้น IOM ยังได้กำหนดแนวทางให้อาจารย์พยาบาล ปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนที่ใช้อยู่แบบดั้งเดิม เปลี่ยนเป็นรูปแบบการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered)³ นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบัน สังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเทคโนโลยี ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์ความรู้ต่างๆ ของสังคมมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับสถานการณ์การ

เปลี่ยนแปลง รวมไปถึงสถานการณ์ของโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้การฝึกประสบการณ์บนโรงพยาบาลมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านจริยธรรม และสิทธิผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องฝึกทดลองในห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้ชำนาญก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ในด้านการศึกษายังมีการปรับเปลี่ยนเพื่อการผลิตบัณฑิตให้มีผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษา สามารถประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และดำรงตนอย่างเหมาะสมตามหลักคุณธรรม จริยธรรม การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตก็ได้ปรับเปลี่ยนทั้งแนวคิด มโนทัศน์ และออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีการออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายโดยมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน และรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคือ การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริงเพื่อสร้างประสบการณ์ให้กับผู้เรียนได้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป ซึ่งในบทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอถึงหลักแนวคิดการใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริงและการประยุกต์ใช้การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริงในหลักสูตรพยาบาลศาสตร

สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation)

The Society for Simulation in Healthcare (SSH) ได้ให้ความหมาย “Simulation” ไว้ว่า Simulation เป็นเทคนิคที่ใช้สร้างสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์แทนสถานการณ์จริง เพื่อการฝึกหัด การเรียน

การประเมิน การสอบ หรือเพื่อเพิ่มความเข้าใจระบบงาน หรือการปฏิบัติของบุคคล นอกจากนี้ Simulation เป็นเทคนิค การเรียนการสอนรูปแบบหนึ่ง ไม่ได้เป็นเพียงแค่เทคโนโลยี เป็นการเรียนการสอนที่จำลอง ทำซ้ำหรือดัดแปลงมาจาก สถานการณ์ในบรรยากาศการดูแลผู้ป่วยจริง เพื่อให้ผู้เรียน ได้มีประสบการณ์ในการฝึก ดูแลผู้ป่วย โดยการสร้าง ประสบการณ์นั้นต้องกระตุ้นต่อการเรียนรู้และสร้างสถานการณ์ จำลองให้เสมือนจริงมากที่สุด⁴

การเรียนการสอนแบบ Simulation เกิดขึ้นในช่วง ศตวรรษที่ 16^{3,5,6} เริ่มมีการใช้หุ่นในรูปแบบของ Model สำหรับการ เรียนการสอนในการฝึกทักษะสำหรับหัตถการต่างๆ ทาง การแพทย์ ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของหุ่นกลุ่ม Part-Task trainer

ค.ศ. 1911 มีการผลิตหุ่นชื่อว่า Mrs. Chase ออกสู่ ท้องตลาดและถือได้ว่าเป็น Commercial Simulator ตัวแรกที่ใช้ในการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์

ค.ศ. 1960 Asmund S. Laerdal ได้ผลิตหุ่นชื่อว่า Resusci Anne ในการฝึกการช่วยชีวิต การช่วยหายใจด้วยการ เป่าปาก (mouth-to-mouth resuscitation) และการนวด หัวใจ และในปลาย ค.ศ. 1960 มหาวิทยาลัย Southern Cali- fornia ได้พัฒนาหุ่นที่ชื่อว่า SimOne ซึ่งถือว่าเป็นหุ่นที่ควบคุม ด้วยระบบคอมพิวเตอร์และระบบไฟฟ้าตัวแรกของโลก

ค.ศ. 1968 Dr. Michael Gordon ได้ผลิตหุ่นที่ชื่อ ว่า Harvey Simulator ที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพการ ทำงานของหัวใจ โดยบรรจุไว้ทั้งหมด 27 พยาธิสภาพ

ค.ศ. 1980 ได้มีการพัฒนาหุ่นกลุ่ม High-Fidelity ซึ่งเป็นหุ่นที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงความเป็นมนุษย์มากที่สุด มาใช้ฝึกปฏิบัติในภาควิชาศัลยกรรม

ค.ศ. 1986 Dr. David M. Gaba ได้มีการพัฒนาหุ่น ชื่อว่า Comprehensive Anesthesia Simulation Environ- ment (CASE) ซึ่งรุ่นดั้งเดิมคือ 0.5 จาก Northern California และได้ปรับเป็นรุ่น 1.2 และ 2.0 ตามลำดับ เพื่อใช้ในการฝึก ปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านและนักเรียนแพทย์ขณะทำการฝึก ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ของภาควิชาศัลยกรรม ดังนั้นจึงถือได้ว่า ภาควิชาศัลยกรรมมีการบูรณาการการเรียนการสอนแบบ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้ฝึกปฏิบัติให้กับผู้เรียนได้ สำเร็จเป็นหน่วยงานแรกในสายงานด้านศัลยกรรม

กระบวนการเรียนการสอนแบบ Simulation

กระบวนการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มาประยุกต์ใช้ในการสอนนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีขั้น ตอนดังต่อไปนี้⁷⁻¹¹

1. กระบวนการก่อนการเรียนการสอน (Before teaching: Preparation/Design) คือช่วงเตรียมการสอน และออกแบบสถานการณ์จำลอง เป็นการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม และออกแบบสถานการณ์จำลองที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 คณะอาจารย์ประชุมและร่วมกันเลือกหัวข้อ การสอน ออกแบบสถานการณ์จำลอง (Scenario preparation, Scenario Design) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การเรียนรู้

1.2 การเตรียมหุ่นจำลอง (Simulator/Manikin) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จำลอง เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ที่ได้ตั้งไว้

1.3 การเรียงลำดับขั้นของสถานการณ์จำลองที่ ออกแบบ (Sequence)

1.4 การเตรียมการแสดงบทบาทของผู้ป่วย สมมติหรือผู้ช่วยเหลือ (Acting)

1.5 การเตรียมฉาก สิ่งแวดล้อม และองค์ ประกอบในสถานการณ์จำลองเพื่อให้มีความสมจริง (Scene) และฉากที่ต้องการให้ผู้เรียนเข้าฝึกให้ห้องสถานการณ์จำลองว่า เป็นสถานที่ใดแล้วจำลองให้เหมือนสถานที่นั้น (Setting)

1.6 อุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ จำลองที่ออกแบบ (Equipment)

1.7 การเตรียมผู้ช่วยเหลือตามบทบาทที่ได้รับ มอบหมาย (Confederate/Assistant)

1.8 การเตรียมบทพูดและบทบาทให้กับผู้ช่วย เหลือ ทำการฝึกตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายก่อนการเรียน การสอนจะเริ่ม (Script)

2. ช่วงการนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง (The briefing/ Introduction) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

2.1 แจ้งผู้เรียนเกี่ยวกับเป้าหมายของการฝึก ในสถานการณ์จำลองในวันนี้ (Review Goals for today)

2.2 สร้าง Psychology safety ตัวอย่างประโยค เช่น การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทำผิดได้ นักเรียนไม่ต้องกังวล เราจะเรียนรู้ไปด้วยกัน (This is a safe place to make mistakes...)")

2.3 สร้างกฎ กติการมายาในการปฏิบัติของผู้เรียนขณะเรียนในสถานการณ์จำลอง (Providing ground rules)

2.4 บรรยากาศไม่มีการแข่งขันกันระหว่างการเรียนการสอน (Non-competitive environment)

2.5 สร้าง Fiction contract วันนี้เราจะใช้หุ่นจำลองในการฝึกปฏิบัติ ถึงจะเป็นหุ่น แต่ขอให้ผู้เรียนปฏิบัติเหมือนการพยาบาลจริง

2.6 แนะนำหุ่น อุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์จำลอง และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามก่อนจะเริ่มการเรียนการสอน (Orient to Simulator and Final Questions)

3. ช่วงการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง/ช่วงดำเนินสถานการณ์จำลอง (The Simulation experience/Run Scenario) ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 บอกจุดเริ่มต้นของสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนเริ่มกระบวนการการดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์จำลอง

3.2 ให้ข้อมูลที่เหมาะสมขณะที่สถานการณ์จำลองได้ดำเนินไป

3.3 จะหยุดสถานการณ์ก็ต่อเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น การหยุดนี้ก็เพื่อขึ้นคำถามให้ผู้เรียนได้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ แล้วจึงดำเนินสถานการณ์จำลองต่อไป

3.4 บริหารจัดการเวลาได้อย่างเหมาะสม

3.5 เน้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดเป็นขั้นตอน ไม่ข้ามขั้นตอนไปมา

3.6 สังเกตการปฏิบัติของผู้เรียนและจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้

4. กระบวนการสะท้อนคิดและการปฏิบัติ สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Debriefing) จะเกิดขึ้นหลังการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองได้เสร็จสิ้นลง ซึ่งเป็นช่วงของการนำผู้เรียนเข้าสู่กระบวนการ (Debriefing) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

4.1 นำผู้เรียนโดยเริ่มจากการถามความรู้สึก ความคิดของผู้เรียนหลังจากจบการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองไปแล้ว (คำแนะนำให้ใช้รูปแบบ Model or Structure of Debriefing) เช่น GAS, Plus Delta มาเป็นตัวช่วยในการทำ Debriefing

4.2 สร้างความชัดเจนของบทสนทนาที่ตรงประเด็นและช่วยให้แก่นการเรียนรู้วัตถุประสงค์การเรียนรู้

4.3 ให้ผู้เรียนสะท้อนค้นหาคะบวนการคิด กระบวนการตัดสินใจทางคลินิกและการปฏิบัติของผู้เรียน หลังจากการเรียนรู้อันสถานการณ์จำลองเสร็จสิ้นลงและนำไปเชื่อมโยงกับการดูแลผู้รับบริการจริงในโรงพยาบาล

4.4 อาจให้ผู้ป่วยสมมติหรือผู้สังเกตการณ์ท่านอื่นๆร่วมในการทำ Debriefing โดยให้อยู่ในขอบเขตสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและไม่คุกคามผู้เรียน

4.5 ชื่นชมและให้กำลังใจผู้เรียนในสิ่งที่ผู้เรียนปฏิบัติได้ดี

4.6 สอบถามถึงจุดที่ผู้เรียนต้องการปรับปรุงหรือเป็นจุดที่จะพัฒนาต่อไป

4.7 ผู้สอนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีขึ้นได้ เมื่อผู้เรียนได้มีโอกาสในการปฏิบัติอีกครั้งต่อไป จะทำ ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

5. การประเมินผู้เรียน (Assessment/Evaluation) ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญในการตัดสินคุณภาพของผู้เรียนและหลักสูตร โดยวัตถุประสงค์ของการประเมินนั้นประกอบด้วย

5.1 เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และการประเมินจะระบุได้ว่า ผู้เรียนได้เรียนรู้อะไรไปแล้วบ้าง

5.2 ช่วยระบุได้ว่าสิ่งใดที่นักเรียนยังปฏิบัติไม่ครบ ปัญหาใดที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

5.3 การประเมินเพื่อการให้คะแนนและพัฒนาการปฏิบัติ

5.4 ช่วยระบุได้ว่าการปฏิบัติของผู้เรียนนั้นดีอย่างไร มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นประสบความสำเร็จในการดูแลผู้รับบริการหรือไม่

โดยการประเมินในการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จะแบ่งการประเมินเป็น 2 รูปแบบดังต่อไปนี้^{10,12}

1) Formative เป็นการประเมินเพื่อที่ผู้สอนสามารถทำความเข้าใจ ถึงระดับความรู้ความสามารถของผู้เรียน เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ต่อไป อาจารย์ให้คำแนะนำและให้ความรู้กับนักเรียนได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้สอนอาจประเมินด้วยการถามความรู้ของผู้เรียนถึงวิธีการให้การพยาบาล ว่ามีวิธีการปฏิบัติอย่างไร หลังจากนั้นให้ผู้เรียนให้สถิติให้ดู ในขณะที่ผู้สอนสามารถประเมินระดับความสามารถของนักเรียนได้ หลังจากนั้นผู้สอนให้คำแนะนำที่ เฉพาะเจาะจง ในขณะที่นั้นได้

ทันที (Immediately feedback)

2) Summative เป็นการประเมินเมื่อจบหลักสูตรหรือเป็นการสอบ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ผลลัพธ์ท้ายสุดของการเรียนการสอนของหลักสูตรนั้น นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่สำคัญเพื่อตัดสินว่า นักเรียนแต่ละคนจะผ่านหรือไม่ผ่านหลักสูตร โดยมีศัพท์เฉพาะ เรียกว่า “High Stakes” ซึ่งหมายถึงการประเมินผู้เรียนโดยมีความสำคัญสูงมาก สามารถตัดสินได้ว่านักเรียนจะสอบผ่าน หรือสอบตก

ข้อดี/ประโยชน์ของการเรียนการสอนแบบ Simulation

1. มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ เวลาผู้เรียนฝึกปฏิบัติจะฝึกกับหุ่นจำลอง
2. มีความเป็นอิสระ สามารถเรียนรู้จากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้
3. เป็นสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่สามารถควบคุมได้
4. ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้ จนกว่าจะเกิดความชำนาญ
5. เหมาะสมกับหลักการและทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่
6. เหมาะสมกับเป้าหมายการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน
7. ผู้เรียนชื่นชอบแนวการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง

ข้อจำกัดของการเรียนการสอนแบบ Simulation

1. การเรียนการสอนจากประสบการณ์จริงในโรงพยาบาล ก็ยังมีความสำคัญในบางเนื้อหา บางแง่มุม
2. การเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง ต้องใช้เวลาในการเรียนการสอนมากกว่าการเรียนแบบดั้งเดิม
3. กระบวนการเรียนการสอนเน้นที่ประสิทธิภาพเป็นสำคัญ
4. มีค่าใช้จ่ายสูง ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีที่เลือกใช้
5. การเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเน้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ

สิ่งอุปกรณ์ในสถานการณ์เสมือนจริง (Simulator)

Simulator เป็นเครื่องมือหรือสิ่งอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลอง หรือเป็นสิ่งอุปกรณ์ที่สามารถจับต้องได้ มีรูปร่างหรือเป็นสิ่งที่นำมาแทนหรือดัดแปลงมาจากอุปกรณ์

อื่นๆ เพื่อใช้ในสถานการณ์จำลอง³ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบให้เลือกใช้ แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1. Part-Task Trainer¹³ มีรูปร่างเป็นชิ้นส่วนหรือโมเดลบางส่วนของอวัยวะร่างกาย เหมาะสำหรับการฝึกทำหัตถการที่เฉพาะเจาะจง เช่น หุ่นการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก หุ่นการฝึกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หุ่นการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

2. Computer-Based Simulator⁶ มีลักษณะเป็นซอฟต์แวร์สถานการณ์จำลองที่ออกแบบมาแล้ว สามารถเลือกเรียนตามหัวข้อได้มีทั้งส่วนของ Nursing/Medical โดยมีระดับง่าย ปานกลาง ยาก เหมาะสำหรับการฝึกกระบวนการรวบรวมข้อมูล การคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-study)

3. Virtual Reality, Haptic Simulators^{2,14} คือคำจำกัดความ ที่เกี่ยวกับการประยุกต์สภาพแวดล้อมที่จำลองขึ้นด้วยคอมพิวเตอร์ โดยสามารถจำลองสถานะทางกายภาพในสถานที่ต่าง ๆ ในโลกแห่งความจริง มาใส่ไว้ในโลกจินตภาพหรือโลกเสมือนจริง หรือเป็นสภาพแวดล้อมที่สร้างด้วยคอมพิวเตอร์ซึ่งให้ความรู้สึกสัมผัสและการมองเห็น ขณะที่ผู้เรียนฝึกทำหัตถการ เช่น เครื่องฝึกส่องกล้องทางเดินอาหาร เครื่อง Laparoscopic Simulator ที่ศัลยแพทย์ใช้ฝึกผ่าตัด

4. Simulated Patient/Standardized Patient (SP)¹⁵ เหมาะสำหรับการฝึกทักษะการสื่อสาร เช่น การซักประวัติ การให้ข้อมูล รวมไปถึงการฝึกตรวจร่างกายที่ปกติ

5. High-Fidelity Simulator¹³ เป็นหุ่นจำลองขั้นสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงความเป็นมนุษย์มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นหุ่นเต็มตัวขนาดเท่ามนุษย์จริง เหมาะสำหรับการสอนที่เน้นกระบวนการ Nursing Process, การสอนที่เน้นการกระบวนการคิดและการตัดสินใจทางคลินิก (Decision Making and Clinical judgement) และให้การรักษาร่วมกันเป็นทีม (Team Training) สามารถทำหัตถการบางอย่างได้เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ช็อคหัวใจด้วยไฟฟ้า ทำคลอด ทั้งนี้ขึ้นกับคุณสมบัติของหุ่นแต่ละรุ่น

6. Hybrid Simulator เป็นการนำ simulator ตั้งแต่ 2 แบบขึ้นไปในการสอนสถานการณ์จำลองเดียวกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสมจริง หรือเพื่อบูรณาการอาการทางคลินิกร่วมกับการทำหัตถการ

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริง

การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองได้ถูกนำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล โดย Simulation เป็นแนวทางหนึ่งที่ผู้สอนนำมาใช้เป็นวิธีการในการเรียนการสอนซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีประสบการณ์¹⁶ ทั้งในการฝึกปฏิบัติให้กับบุคลากรในส่วนของโรงพยาบาล (Health care Setting) และการเรียนการสอนในส่วนของการศึกษาเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ (Academic Setting)

เพื่อความเป็นมาตรฐานและตาม Guideline สากล คงไว้ซึ่งหลักการทางการพยาบาลหรือกระบวนการพยาบาล (Nursing Processes) และการนำผู้เรียนเข้าฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ก่อนที่จะไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงใน Clinical Setting โดยผู้สอนสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยให้แก่ผู้เรียนได้โดยไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้รับบริการจริง อีกทั้งยังสามารถออกแบบสถานการณ์จำลองที่มีความเสี่ยงในการทำงานสูงจากในโรงพยาบาลมาฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองได้¹⁶ นอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง เป็นสิ่งแวดล้อมที่อาจารย์ผู้สอนสามารถกำหนดหรือควบคุมได้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการเรียน และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนประสบการณ์ทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี โดยการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริง มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้^{12,16}

1. สำรวจความต้องการของผู้เรียน (Learner needs) ประกอบด้วย

1.1 สำรวจและประเมินความต้องการที่จำเป็นต่อการสร้างหลักสูตรโดยใช้วิธีการเชิงระบบ เป็นกลวิธีที่ช่วยในการวิเคราะห์ ออกแบบ การจัดการ เพื่อให้การสร้างหลักสูตรบรรลุเป้าหมาย โดยสำรวจนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี ทั้งในด้านความรู้ (Knowledge) ความสามารถ (Ability) ความสนใจ (Interest) ทักษะการปฏิบัติ (Attitude) ของผู้เรียนที่ผู้เรียนต้องการและนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่หลักสูตรทางการพยาบาลกำหนด

1.2 การสำรวจองค์ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลและทัศนคติของผู้เรียนนั้นอยู่ในระดับใด ผู้เรียนได้เรียนรู้อะไรไปแล้วบ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลที่คาดหวัง หรือสิ่งที่ผู้เรียนควรรู้เพิ่มเติม โดยคณาจารย์มีหน้าที่

ช่วยปิดช่องว่างของการเรียนรู้

โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ได้จาก

1) การเก็บข้อมูลทางตรง (Direct Assessment) หรือการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) เป็นการสอบถามหรือสัมภาษณ์โดยตรงจากผู้เรียน, การสังเกตพฤติกรรม, แบบสำรวจความพึงพอใจ เป็นต้น

2) การเก็บข้อมูลทางอ้อม (Indirect Assessment) คือการเก็บข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) สามารถเก็บได้จากจากผลการสอบในแต่ละภาควิชา (Exam Scores), ความคิดเห็นจากที่ทำงานหลังผู้เรียนสำเร็จการศึกษาแล้วได้ทำงานในหน่วยงานต่างๆ (Feedback from workplace after graduation), ความคิดเห็นจากคณาจารย์ (Opinion of teachers) หรือความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ (Opinion of experts)

2. เลือกหัวข้อที่จะนำมาสอนในสถานการณ์จำลอง (Topics) การเลือกหัวข้อนี้ได้หลากหลายแนวทาง ทั้งนี้ให้ผู้สอนได้พิจารณาว่า บริบทใดที่เข้ากับหลักสูตรได้มากที่สุด โดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

2.1 วัตถุประสงค์ของหลักสูตรพยาบาลในแต่ละชั้นปี (Course Objectives) หรือจากเนื้อหาของหลักสูตร (Course Content) ที่เน้นให้ผู้เรียนมีการปฏิบัติ

2.2 แนวโน้มทางสุขภาพ ข้อกำหนด หรือแนวทางใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

2.3 การเตรียมความพร้อมในการสอบรวบยอดในวิชาต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติและเข้าใจวิชาได้มากขึ้น

2.4 สถานการณ์จำลองที่พัฒนามาจากเหตุการณ์ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติและทบทวนการพยาบาลที่สำคัญ

2.5 หัวข้อที่เป็นการฝึก Competency หรือฝึกเพื่อความเป็นมืออาชีพ เพื่อให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม Guideline

3. สร้างวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning Objective) โดยสร้างจากจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ให้ครบองค์ประกอบการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และทัศนคติ ซึ่งการเขียนวัตถุประสงค์ต้องมีความชัดเจน กระชับ ได้ใจความและสามารถวัดได้ (Measurable) ทั้งนี้สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นวัตถุประสงค์ได้

4. เครื่องมือที่จะนำมาประเมินผู้เรียน (Assessment

Method) ต้องระบุให้ชัดเจนว่าวัตถุประสงค์ของการประเมินนี้เพื่อการเรียนการสอน (Formative) หรือการประเมินที่มีความสำคัญสูงเช่นการสอบ (Summative) และใช้เครื่องมือและแบบประเมินที่ระบุได้ว่าอาจารย์จะประเมินผู้เรียนด้านใดบ้าง และเลือกใช้เครื่องมือแบบใดเช่น Checklist/ Rating Scale โดยการประเมินที่ดีนั้น ต้องสามารถวัดและประเมินได้ตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และสัมพันธ์กับความสามารถหรือการปฏิบัติของผู้เรียน

5. มีโครงสร้างของการให้คำแนะนำ/ข้อคิดเห็นจากอาจารย์สู่ผู้เรียน (Structured Feedback to students) หรือการใช้รูปแบบการทำ Debriefing โดยเน้นให้ผู้เรียนสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง

6. ข้อคิดเห็นจากผู้เรียนสู่อาจารย์ (Student Feedback to instructors) ข้อเสนอแนะของผู้เรียนนำมาใช้ในการปรับปรุงการเรียนรู้ที่เหมาะสม และตรงความต้องการของผู้เรียนได้ หรือการทำ Post Course Survey เพื่อพัฒนาหลักสูตร

จากการศึกษาการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริง พบว่าสถาบันการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการพัฒนาอาจารย์ และห้องปฏิบัติการในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการพยาบาลผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ผู้สอนได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของผู้เรียนว่ามีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด หรือมีจุดไหนที่ผู้เรียนต้องพัฒนาการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินนั้นอยู่ในขอบเขตของสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่สามารถควบคุมได้ ในด้านผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอน จากการศึกษา ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบ Simulation-based learning ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และคะแนนทักษะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{17,18} นอกจากนี้การศึกษา¹⁹ ยังพบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนแบบ Simulation-based learning ในระดับมาก ดังนั้นการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง เป็นตัวเลือกหนึ่งที่อาจารย์สามารถสร้างประสบการณ์การเรียนรู้และความต้องการให้กับผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการออกแบบสถานการณ์จำลองที่บูรณาการเข้า

กับหลักสูตรพยาบาล และการเลือกใช้ Simulator รูปแบบต่างๆ ควรเป็นไปตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และการสร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนเป็นหลัก²⁰

บทสรุป

การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเสมือนจริงเป็นการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรที่ใช้การสร้างสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์แทนสถานการณ์จริง โดยมีเครื่องมือหรือสิ่งอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองหลากหลายรูปแบบส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติให้กับผู้เรียน และเพิ่มทักษะการสอนให้กับผู้สอน ทั้งนี้ผู้สอนจำเป็นต้องเลือกและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับรายวิชา และสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

References

1. Wheeler, D. S., et al. High-reliability emergency response teams in the hospital: Improving quality and safety using in situ simulation training. *BMJ Quality & Safety* 2013;22: 507-14.
2. Kathleen M. Ventre, Howard A. Schwid. Computer and Web-Based Simulators. In: Adam IL, Samuel D, editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013: 191-208.
3. Sharon Decker. Foundations of Simulation. In: Beth TL, Mary EM, editors. *Mastering Simulation: A Handbook for Success*. Indianapolis, IN, 2014: 1-21.
4. Ellaway RH, Kneebone R, Lachapelle K, Topps D. Practical continua: Connecting and combining simulation modalities for integrated teaching, learning, and assessment. *Medical Technologies Journal* 2009; 8:725-31.

5. Cooper JB, Taqueti VR. A Brief History of the Development of Mannequin Simulators for Clinical Education and Training. *Quality & Safety in Health Care*, 2004;13(Suppl 1): i11-18.
6. Adam I. Levine., et al. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013.
7. Teresa G., *Global Perspective for Integrating Simulation Across the Curriculum INACSL Standards of Best Practice: Simulation Design*, 2015.
8. Ashley E. Franklin. *Standards of Best Practice: Simulation Standard IV: Facilitation*. *Clinical Simulation in Nursing* 2013;9: 19-21.
9. Fanning, R.M. & Gaba, D.M. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare* 2007;2: 115-25.
10. Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *The Society for Academic Emergency Medicine* 2008;15: 1010-1016.
11. Katie A. Adamson. *Evaluating Simulation Effectiveness*. In: Beth TL, Mary EM, editors. *Mastering Simulation: A Handbook for Success*. Indianapolis, IN, 2014: 143-56.
12. Benjamin Berg. *High Stake Evaluation*. Academy Colloquium, SimTiKi Simulation Center, University of Hawaii, 2017.
13. Chad Epps. *Mannequin-Based Simulators*. In: Adam IL, Samuel D, editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013: 209-31.
14. Ryan Owens and Jeffrey M. Taekman. *Virtual Reality, Haptic Simulators, and Virtual Environments*. In: Adam IL, Samuel D, editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013: 233-53.
15. Lisa D. Howley. *Standardized Patients*. In: Adam IL, Samuel D, editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013: 173-90.
16. Valerie M. Howard. *Creating Effective, Evidence-Based Scenarios*. In: Beth TL, Mary EM, editors. *Mastering Simulation: A Handbook for Success*. Indianapolis, IN, 2014: 87-123.
17. Thamnamsin K., Punyapet K., Noitung S. and Artsanthia J.. The effect of teaching simulation-based learning program to the knowledge in basic medical care of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2018. 19(Supp.): 80-8. (in Thai)
18. Lertlum L., Tanasansutee C., Panawatthanapisuit S. and Bamrungsri C. Development of a simulation-based learning model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019.6(Special): 43-58. (in Thai)
19. Winitchai N. Effect of learning management toward using program simulation instructional media for injection on satisfaction of 2nd year nursing student. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2021. 15(1): 115-26. (in Thai)
20. Kim Leighton. *Simulation in Nursing*. In: Adam IL, Samuel D, editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Sim Editors Springer Science Business Media, New York, 2013: 425-36.

ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก

Fear of Falling after Hip Fracture

ลัดดา เสนาพิทักษ์* ชญาดา ปิยขจรโรจน์

Ladda Senarphitak* Chayada Piyakhachornrot

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

ความกลัวการหกล้มเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหลังหกล้มกระดูกข้อสะโพกหัก ส่งผลให้สูญเสียความมั่นใจในการทรงตัว การเดิน และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม กล้ามเนื้อเสื่อมถอย การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพกล่าช้า ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัวการหกล้ม ประกอบด้วย ความวิตกกังวลและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม ประกอบด้วย Falls Efficacy Scale (FES) Falls Efficacy Scale-International (FES-I) Activity-specific Balance Confidence Scale (ABC) The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE) และ Single Item Fear of Falling Question แนวทางการลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักในปัจจุบัน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการปฏิบัติตนเมื่อเกิดการหกล้ม พยาบาลควรมีการประเมินและให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี พึ่งพาตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความกลัวการหกล้ม, กระดูกข้อสะโพกหัก, ผู้สูงอายุ

Abstract

Fear of falling always occur in the elderly, in particular those with a previous hip fracture, and often lead those elderly to lose their balance and gait confidence and avoid any independent activities. Consequently, which could loss their ability to perform the activities and muscle strength. Therefore, delays in physical rehabilitation following hip surgery often lead to depression and decrease quality of life. The factors affecting fear of falling include anxiety, and functional self-efficacy. Several instruments used to assess fear of falling including Falls Efficacy Scale (FES), Falls Efficacy Scale-International (FES-I), Activity-specific Balance Confidence Scale (ABC), The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE), and Single Item Fear of Falling Question. The current guideline to reduce the fear of falling in patients with hip fracture includes raising their functional self-efficacy, emotional and behavioral rehabilitation, muscle strengthening and

balance training, and patient education on fall prevention and self-management. Nurses should assess the significance of fear of falling and provide nursing care in the elderly, to reinforce the physical and mental health of the elderly, resulting in indepent and thus their better quality of life.

Keyword: Fear of falling, Hip fracture, Older adult

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่พฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2556 พบผู้สูงอายุหกล้มถึงร้อยละ 19.5¹ และการหกล้มมักนำไปสู่การบาดเจ็บ ซึ่งการบาดเจ็บภายหลังการหกล้มพบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยเฉพาะกระดูกข้อสะโพกหักซึ่งถือเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุที่หกล้มมักเกิดกระดูกข้อสะโพกหัก² ภายหลังกระดูกข้อสะโพกหักจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดความเจ็บปวด ลดภาวะแทรกซ้อนและคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³ นอกจากการพลัดตกหกล้มจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ มีหลายการศึกษาที่พบว่าภายหลังการหกล้มกระดูกข้อสะโพกหัก ผู้สูงอายุมักมีความกลัวการหกล้มเกิดขึ้น^{4,5,6}

ความกลัวการหกล้ม (fear of falling) เป็นอาการที่มักเกิดขึ้นภายหลังการหกล้มหรือที่เรียกว่า “post fall syndrome”⁷ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ⁸ จากการศึกษาพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 39⁵ ถึง ร้อยละ 66.6⁶ ทั้งนี้ความกลัวการหกล้มสามารถพบได้ทั้งในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม และไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม และระดับความรุนแรงของความกลัวการหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง⁹ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่หกล้มกระดูกข้อสะโพกหักพบว่ามีความกลัวการหกล้มเกิดขึ้นในระดับที่รุนแรงถึงร้อยละ 66.6 ในระยะ 12 สัปดาห์แรกหลังกระดูกข้อสะโพกหัก⁶ ความกลัวการหกล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองต่อการทรงตัว การเดินและการทำกิจกรรม เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม จึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม¹⁰ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักจากการหกล้ม ความกลัวการหกล้มส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดล่าช้า¹¹ มีการเข้าถึงและคุณภาพชีวิตลดลง¹²

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบของความกลัวการหกล้ม การประเมิน แนวทางการลดความกลัวการหกล้ม และบทบาทของพยาบาลในการลดความกลัวการหกล้ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังกระดูกข้อสะโพกหัก มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกที่ตี คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

อุบัติการณ์ความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มเป็นอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป สามารถพบได้ทั้งในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม และไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความกังวลหรือเคยเห็นบุคคลอื่นหกล้มจะมีความกลัวการหกล้มแม้ว่าตัวผู้สูงอายุจะไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้มมาก่อนและจากการสำรวจในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 1 ปี พบความกลัวการหกล้มถึงร้อยละ 76.1⁸ นอกจากนี้อุบัติการณ์ความกลัวการหกล้มจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความเสื่อมถอยและการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้สูญเสียความมั่นคงขณะเดินหรือทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความกลัวการหกล้ม จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี พบว่าเกิดความกลัวการหกล้มร้อยละ 28.9 ช่วงอายุ 70-74 ปี พบได้ร้อยละ 44.4 ช่วงอายุ 75-79 ปี พบได้ร้อยละ 48.9 และในผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไปพบความกลัวการหกล้มได้ถึงร้อยละ 55.6¹³ นอกจากนี้ความกลัวการหกล้มยังสัมพันธ์กับการบาดเจ็บภายหลังการหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วกระดูกหักหรือมีการบาดเจ็บของร่างกายจะมีความกลัวการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น 1.59 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่หกล้มแต่ไม่ได้รับการบาดเจ็บ⁹ ในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงพบรายงานความกลัวการหกล้มในระยะ 4 และ 12 สัปดาห์หลังหกล้มถึงร้อยละ 66.6 และ ร้อยละ 58.5 ตามลำดับ⁶

ความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก

สามารถพบได้ตั้งแต่ในระยะแรกจนถึง 52 สัปดาห์¹¹ โดยในช่วง 1-3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดข้อสะโพกกลัมนี้อารมณ์ส่วนล่างยังขาดความมั่นคง แข็งแรง ทำให้ในระยะแรกหลังผ่าตัดก่อนเริ่มการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมีระดับความกลัวการหกล้มในระดับสูง ขาดความมั่นใจในการทรงตัว การเดิน¹⁴ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 58 ของผู้สูงอายุหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 ถึง 6 เดือน ยังคงมีระดับความกลัวการหกล้มในระดับที่สูง⁴ ทั้งนี้ปัจจัยการรับรู้และความรุนแรงความกลัวการหกล้มขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

ความกลัวการหกล้มเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้มของบุคคล ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายประการ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ดังนี้

1) ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการหกล้ม จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ต่อระดับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ โดยความวิตกกังวลจะปิดกั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลสูงจะกังวลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการเดิน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลจะมีความกลัวการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความวิตกกังวลถึง 1.22 เท่า¹⁶

2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการทำกิจกรรมมีส่วนสัมพันธ์ต่อการทำกิจกรรมเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองจะมีการคงไว้ซึ่งการทำกิจกรรม แต่ในผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำ มองตนเองในแง่ลบ ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁵

ผลกระทบของความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มเป็นภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของ

ผู้สูงอายุหลายประการ

ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีการจำกัดการทำกิจกรรมของตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเองต่อการทำกิจกรรม ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจำกัดกิจกรรมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุทำให้กล้ามเนื้อเริ่มมีการเคลื่อนไหวน้อย เกิดการเสื่อมถอยกล้ามเนื้อลีบ ขาดความแข็งแรง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะมีการทรงตัวและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ มีการทำงานและการตอบสนองของกล้ามเนื้อ Tibialis anterior ที่ล่าช้า มีการทำงานร่วมกันของระบบกายสัมผัสและระบบเวสติบิวลาร์ลดลง ขาดความมั่นคงขณะเดินหรือทำกิจกรรมทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม⁸ นอกจากนี้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกที่มีความกลัวการหกล้มจะยังคงมีความกลัวในการฝึกเดิน ฝึกบริหารกล้ามเนื้อและฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำด้วยตนเอง กลัวว่าตนเองจะล้มซ้ำ ทำให้มีการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพกล่าช้า มีภาวะพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจกรรมมากขึ้น¹¹

ความกลัวการหกล้มส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะขาดความมั่นใจในตนเองต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความวิตกกังวลต่อการหกล้ม ขณะเดินหรือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล ทำให้มองตนเองในด้านลบ มองว่าตนเองเป็นภาระ อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า¹⁷

นอกจากนี้ความกลัวการหกล้มยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคมลดลง เนื่องจากกลัวว่าหากไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยจะเกิดการหกล้มซ้ำ และเป็นภาระให้ญาติผู้ดูแล จึงมักหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม¹⁷ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

จะเห็นว่าความกลัวการหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจในความกลัวการหกล้ม ให้การประเมินและวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การประเมินความกลัวการหกล้ม

การประเมินความกลัวการหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญ อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้มที่หลากหลาย

เครื่องมือแต่ละชนิดถูกพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่แตกต่างกัน ดังนี้

Falls Efficacy Scale (FES)¹⁰ เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มภายใต้กรอบแนวคิดความกลัวการหกล้มว่าเป็นการสูญเสียความมั่นใจในตนเองต่อการทรงตัว การเดิน และการทำกิจกรรม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้มหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ในแบบประเมิน FES ประกอบด้วย ข้อคำถามความมั่นใจในการทำกิจกรรม 10 กิจกรรม ประกอบไปด้วย 1) การสวมใส่และถอดเสื้อผ้า 2) การทำความสะอาดบ้าน 3) การเตรียมอาหารอย่างง่ายโดยไม่ใช้อาหารที่หนักหรือร้อน 4) การอาบน้ำโดยใช้อ่างอาบน้ำหรือฝักบัว 5) การนั่ง-ลุกจากเก้าอี้ 6) การนั่ง-ลุก จากเตียงนอน 7) การลุกไปเปิดประตูหรือลูกบิดโทรศัพท์ 8) การเดินรอบบ้าน 9) การเอื้อมมือหยิบของเหนือศีรษะ และ 10) การซื้อของ FES เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในการศึกษาวิจัยที่แพร่หลายในต่างประเทศ ในประเทศไทย FES มีการแปลและประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพก¹⁸ จากการทดสอบค่าความสอดคล้องภายในด้วย Cronbach's Alpha เท่ากับ .97 และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบค่า Content Validity Index เท่ากับ .93¹⁸ จากค่าการทดสอบเครื่องมือดังกล่าว มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หรือใช้ประเมินความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้เครื่องมือ FES ในประเทศไทยยังไม่แพร่หลายมากนัก

Falls Efficacy Scale-International (FES-I)¹⁹ เป็นเครื่องมือประเมินความกลัวการหกล้ม ฉบับนานาชาติที่ดัดแปลงมาจาก FES พัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (The Prevention of Falls Network Europe group: ProFaNE) FES-I เป็นแบบประเมินอาการกลัวการหกล้มจากการทำกิจวัตรประจำวัน 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมทั้งที่ง่ายและยาก จากการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ พบค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายในทั้งฉบับ เท่ากับ .95 ค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม เท่ากับ .67¹⁹ ซึ่งมีคุณสมบัติที่ดียอมรับได้ ในประเทศไทยมีการแปลและประยุกต์ใช้ FES-I ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน⁸

Activity-Specific Balance Confidence Scale (ABC)²⁰ เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มจากระดับ

ความมั่นใจในการทรงตัวขณะทำกิจกรรม แบบประเมิน ABC ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามให้ผู้สูงอายุเลือกตอบตามความรู้สึกมั่นใจในการทรงตัวขณะทำกิจกรรม ในประเทศไทยมีการแปลและทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ทดสอบค่าความสอดคล้องภายในด้วย Cronbach's Alpha เท่ากับ .96 และทดสอบค่าความตรงด้วย Convergent validity ได้ค่า Spearman's rho เท่ากับ .66²¹ ถึงแม้ ABC จะเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพที่ดีแต่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวน้อย จึงไม่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE)²² เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มจากความวิตกกังวลต่อการทำกิจกรรม ถูกพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด ความกลัวการหกล้มเป็นการสูญเสียความมั่นใจในตนเองต่อการทรงตัว การเดินและการทำกิจกรรม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้มจึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมด้วยตนเอง SAFE เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มจากการจำกัดการทำกิจกรรม 22 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมอย่างง่ายและกิจกรรมที่มีความซับซ้อน มีการทดสอบค่าความสอดคล้องภายในด้วย Cronbach's Alpha เท่ากับ .91 และทดสอบค่าความตรงของเครื่องมือด้วย Convergent validity ได้ค่า $r = -.76$ ²²

Single item fear of falling question²³ เป็นการถามผู้สูงอายุอย่างง่าย ไม่มีความซับซ้อน มักนิยมใช้ในทางคลินิก โดยมีข้อคำถามว่า “ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกกลัวการหกล้มหรือสูญเสียการทรงตัวหรือไม่” คำตอบ ประกอบด้วย “ไม่กลัวการล้มเลย” “กลัวเล็กน้อย” “กลัวมาก” หากมีความกลัวการหกล้มพยาบาลมีการประเมินต่อโดยสอบถามถึงการจำกัดกิจกรรม โดยถามว่า “ท่านมีการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวการหกล้มหรือไม่” หากตอบว่า “มีการจำกัดการทำกิจกรรม” พยาบาลควรถามถึงระดับการจำกัดกิจกรรมด้วยว่าบ่อยเพียงใด ทั้งนี้การใช้ Single item fear of falling question เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกรวดเร็ว มักใช้ในการคัดกรองความกลัวการหกล้มในทางคลินิก จากการทดสอบ Single item fear of falling question พบค่าความจำเพาะร้อยละ 86 และค่าความไวร้อยละ 74²³

เครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้มเป็นเครื่องมือที่ผู้สูงอายุใช้ประเมินตนเอง (self-report) จึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินตนเองได้หรือ

อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน มีภาวะพร่องการรู้คิด ดังนั้น ก่อนนำเครื่องมือต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุพยาบาล ควรมีการคัดกรองภาวะพร่องการรู้คิดหรือภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนการนำเครื่องมือไปใช้ นอกจากนี้เครื่องมือแต่ละชนิดมีลักษณะข้อคำถามที่แตกต่างกัน เครื่องมือบางชนิดเหมาะสำหรับประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายน้อย เครื่องมือบางชนิดเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือมีข้อจำกัดทางด้านการเคลื่อนไหวมาก พยาบาลควรเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ แม่นยำมากที่สุด

แนวทางลดความกลัวการหกล้ม

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเพื่อลดความกลัวการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุภายหลังหกล้ม กระดูกข้อสะโพกหักในหลากหลายรูปแบบ บทความวิชาการฉบับนี้กล่าวเพียงการศึกษาวิจัยเพื่อลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ดังนี้

1. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนให้กับผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มซ้ำเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีการศึกษาวิจัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory)²⁴ มาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพก ซึ่งการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองสามารถสร้างได้จาก 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience) โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดด้วยตนเองและเรียนรู้ว่าสามารถทำได้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่น (Vicarious experience) โดยยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักผ่านภาพนิ่งหรือพบปะพูดคุยโดยตรง 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยใช้คำพูดชักจูงหรือโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากอารมณ์และความรู้สึกในทางบวกซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มสูงขึ้น 4) จากการส่งเสริมให้บุคคลลดความเครียด ความวิตกกังวล โดยการรับฟังเป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือให้บุคคลเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงแนะนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อันจะส่งเสริม

ให้บุคคลคลายความเครียดและความวิตกกังวล

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกที่มีความกลัวการหกล้มนั้นเป็นวิธีที่ช่วยลดความกลัวการหกล้มได้ แต่ควรมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์^{25,26}

2. การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) หรือจิตบำบัด เป็นการผสมผสานระหว่างการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดจะได้รับการชี้แนะ ให้เข้าใจรูปแบบความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ เน้นการฝึกฝนการปรับเปลี่ยนตนเอง เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ต้องมีนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญในการบำบัด คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้ารับการบำบัดช่วยเหลือตนเองในการแก้ปัญหา การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมใช้เวลาในการบำบัดสั้น มีแบบแผนชัดเจน เน้นการบำบัดที่เป็นปัจจุบันไม่กลับไปค้นพบในอดีต²⁷ ปัจจุบันได้มีการศึกษาการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมมาใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มซ้ำหลังผ่าตัดข้อสะโพก โดยนักจิตวิทยาใช้เทคนิคการเผชิญกับความกลัว เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มซ้ำในระหว่างการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย²⁸ มีการศึกษาเริ่มจากเทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์และความรู้สึก มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการวางแผนการฝึกกิจกรรม มีการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ฝึกการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประกอบด้วย การทรงตัวและเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ประเมินความคิด อารมณ์และความรู้สึกขณะปฏิบัติกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกมีระดับความกลัวการหกล้มซ้ำลดลงและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น^{28,29}

ทั้งนี้การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรมมักควบคู่กับการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดข้อสะโพก ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดจึงมีส่วนสำคัญในการลดความกลัวการหกล้มซ้ำ

3. การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

เมื่ออายุมากขึ้นกล้ามเนื้อเริ่มมีการเสื่อมถอยมวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ขาดความมั่นคงขณะเคลื่อนไหว โดยเฉพาะผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักภายหลังการหกล้มกล้ามเนื้อได้รับบาดเจ็บ มีความจำเป็นจะต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความมั่นคง

ขณะเคลื่อนไหว การฝึกบริหารกล้ามเนื้อจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเองต่อการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การลดความกลัวการหกล้มซ้ำภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพกควรเน้นการฝึกบริหารกล้ามเนื้อทรงส่วนล่างและกล้ามเนื้อแขน ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว จากการศึกษาการบริหารกล้ามเนื้อ Quadriceps และ Gluteal ด้วย Isometric และ Isotonic exercise ร่วมกับการฝึกการทรงตัว (Proprioceptive exercise) พบว่าสามารถลดความกลัวการหกล้มได้³⁰ เนื่องจากการฝึกการทรงตัวมีส่วนสำคัญที่จะช่วยป้องกันการหกล้ม การทรงตัวที่ดีจะช่วยให้การเดินมั่นคงมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักมีความมั่นใจและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น³⁰

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดการหกล้ม

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยอายุ การพลัดตกหกล้มนั้นมีสาเหตุทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของตัวผู้ป่วย ปัจจัยภายในร่างกาย หมายถึง สภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ได้แก่ ความเสื่อมของสายตาทำให้การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ หัวใจและหลอดเลือด โรคประจำตัว ระบบประสาทและสมอง รวมถึงการใช้ยาที่ส่งผลกระทบให้เกิดการหกล้ม ปัจจัยภายนอกในร่างกาย หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ซึ่งอาจเป็นสิ่งแวดล้อมภายในหรือนอกบ้าน ประกอบไปด้วย พื้นบ้าน สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ที่กีดขวางการเคลื่อนไหว แสง อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน รวมถึงอุปกรณ์เครื่องแต่งกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีโอกาสก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวการหกล้มภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก

ความกลัวการหกล้มเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหลังหกล้มกระดูกข้อสะโพกหัก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญมากในการให้การพยาบาลเพื่อลดความกลัวการหกล้ม ดังนี้

บทบาทในการประเมินความกลัวการหกล้ม

พยาบาลควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการหกล้ม มักมีโรคประจำตัว มีการใช้ยาหลากหลายชนิด ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการหกล้มได้ง่าย หากผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลหรือขาดความมั่นใจในตนเองร่วมด้วยอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มเกิดขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรมีการนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้มและควรเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก เช่น FES ฉบับดัดแปลงภาษาไทย¹⁸ หรือ Single item fear of falling question ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูง²³ ทั้งนี้ก่อนการใช้เครื่องมือประเมินความกลัวการหกล้ม พยาบาลควรมีการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหรือภาวะพร่องการรู้คิด ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น การประเมินความกลัวการหกล้มควรประเมินตั้งแต่แรกกับผู้สูงอายุหรือเร็วที่สุด อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล

บทบาทในการดูแลทางด้านร่างกายเพื่อลดความกลัวการหกล้ม

พยาบาลควรให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกมีการฝึกบริหารกล้ามเนื้อภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกวิธีหรือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลผ่าตัดและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถทำได้

บทบาทในการดูแลทางด้านจิตใจเพื่อลดความกลัวการหกล้ม

การส่งเสริมความมั่นใจในตนเองให้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกมีความสำคัญมากเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มซ้ำจะขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวว่าตนเองจะหกล้มเหมือนผู้อื่นหรือหกล้มเหมือนในอดีต พยาบาลควรรับฟังความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประเมินความคิด อารมณ์และร่วมกันวางแผนการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกกลัวโดยการฝึกการทำกิจกรรมชนิดนั้นโดยมีพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือ เป็นกำลังใจและคอยให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ในบางรายที่มีความกลัวการหกล้มในระดับรุนแรง

จนเกิดภาวะซึมเศร้าพยาบาลควรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือ และให้ความรู้แก่ครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาได้

บทบาทในการดูแลทางด้านสังคมเพื่อลดความกลัวการหกล้ม

ผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มจะหลีกเลี่ยงการเดิน ทางออกจากบ้านหรือไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ลดการเข้าสู่สังคม เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาล ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและวิธีการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดการหกล้มแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการเข้าสังคม นอกจากนี้พยาบาล ควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหกล้มกระดูก ข้อสะโพกหักจากผู้สูงอายุที่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี มีความมั่นใจในตนเองต่อการทำกิจกรรม ผ่านชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักเกิดกำลังใจ ลดความ กลัวการหกล้มและเข้าสู่สังคมตามปกติ

สรุป

ความกลัวการหกล้มซ้ำเป็นปัญหาทางสุขภาพ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ ในบทความฉบับนี้กล่าวถึงอุบัติการณ์ ปัจจัยและผลกระทบ ของความกลัวการหกล้ม รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความกลัวการหกล้มและบทบาทของพยาบาลในการลด ความกลัวการหกล้มซึ่งจะเกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการ ศึกษาวิจัยหรือการนำไปใช้ในทางคลินิก ประยุกต์ใช้ในการ วางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพก เพื่อให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกมีสุขภาพกายและ สุขภาพใจที่ดี สามารถพึ่งพาตนเอง ลดภาระของญาติผู้ดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

1. Wongsawang N, Jeenkhokhum D, Boonsiri C, et al. Home environment risk for falls and incident of falls in older adults. Veridian E-Journal Silpakorn University. 2017; 10(3): 2492-2506. (in Thai).
2. Nilson M, Eriksson J, Larsson B, Oden A, Johansson H, Lorentzon M. Fall risk assessment predicts fall-related injury, hip fracture, and head injury in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(11): 2242-250.
3. Winter A, Bradman H, Fraser C, Holt G. The management of intracapsular hip fracture. Journal of Orthopaedic Trauma. 2016;30(2): 93-102.
4. Jellesmark A, Herling SF, Egerod I, Beyer N. Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology 2012;34(25): 2124-2131.
5. Tu CY, Shields N, Grill SD, Tacey M, Lindner C, Hill KD. Longitudinal changes in physical activity levels and fear of falling after hip fracture. Physiotherapy Research International. 2020;26(1): 1-10.
6. Kornfield L, Lenze EJ, Rawson KS. Predictors of posttraumatic stress symptoms and association with fear of falling after hip fracture. Journal of the American Geriatrics Society. 2017;65(6): 1251-1257.
7. Murphy J, Issacs B. The post-fall Syndrome. Journal of Gerontology. 1982;28(4): 265-270.
8. Phongphanngam S, Nawai A. Fall, fear of falling, and activity avoidance due to fear of falling among Thai community-dwelling older adults living in Suburban Chiang Mai Thailand. Journal of Historical Network Research. 2020; 36(1): 22-38. (in Thai).
9. LeBouthillier DM, Thibodeau MA, Asmundson GJ. Severity of fall-based injuries, fear of falling, and activity restriction: sex differences in a population-based sample of older Canadian adults. Journal of Aging and Health. 2013;25(8): 1378-1387.
10. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Fall efficacy as a measure of fear of falling. Journal of Gerontology. 1990; 45(6): 239-243.
11. Bower ES, Wetherell JL, Petkus AJ, Rawson KS, Lenze EJ. Fear of falling after hip fracture: prevalence, course, and relationship with one-year functional recovery. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2016;24(12): 1228-1236.
12. Dingova M, Kralova E. Fear of falling among community dwelling older adults. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2017;8(1): 580-587.

13. Lach HW. Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*. 2005;22(1): 45-52.
14. Kristensen MT. Factor affecting functional prognosis of patients with hip fracture. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011;47(2): 257-264.
15. Visschedijk J, Balen RV, Hertogh C, Achterberg W. Fear of falling in patients with hip fracture: prevalence and related psychological factors. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(3): 218-220.
16. Visschedijk HM, Caljouw AA, Balen RV, Hertogh PM, Achterberg WP. Fear of falling after hip fracture in vulnerable older persons rehabilitation in a skilled nursing facility. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2014; 46(3): 258-263.
17. Painter JA, Allison L, Dhingra P, Daughtery J, Cogdill K, Trujillo LG. Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*. 2012;66(2): 169-176.
18. Tamsat A, Aree-Ue S, Leelacharas S. Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery. *Journal of The Police Nurses*. 2015;7(1): 64-82. (in Thai)
19. Thiamwong L. Psychometric testing of the falls efficacy scale-international (FES-I) in Thai older adults. *Songklanagarind Medical Journal*. 2011;29(6): 277-287. (in Thai)
20. Powell L, Myers A. The activities-specific balance confidence (ABC) scale. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 1995;50(1): 28-34.
21. Nanthapaiboon K, Wannapakhe J, Viriyatarakij N, Boonsinsukh R. Assessment of internal consistency and convergent validity of the activities-specific balance confidence (ABC) scale Thai version. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2018;13(1):1-7. (in Thai)
22. Lachman M, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assmann S, Peterson E. Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 1998;53(1): 43-50.
23. Belloni G, Bula C, Santos-Eggimann B, Henchoz Y, Seematter-Bagnoud L. A single question as a screening tool to assess fear of falling in young-old community-dwelling persons. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(9): 1295-301.
24. Bandura A. *Social foundation of thought and active: a social cognitive theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall; 1986
25. Jaipiti H, Sasat S. The effect of self-efficacy promoting program on fear of fall in postoperative total hip replacement older persons. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19: 109-118. (in Thai)
26. Senarphitak L, Aree-Ue S, Youngcharoen P, Sa-Ngasongsong P. A Tailored intervention to reduce fear of falling and improve functional ability among older adults undergoing hip surgery. *Journal of The Police Nurses*. 2020;12(1): 1-12. (in Thai)
27. Kerdpitak P. Book review the theory and practice of counselling and psychotherapy. *Kasem Bundit Journal*. 2012;2(1): 97-9. (in Thai)
28. Scheffers-Barnhoorn MN, Van Haastregt JCM, Schols JMGA. A multi-component cognitive behavioral intervention for the treatment of fear of falling after hip fracture (FIT-HIP): protocol of a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2017;17(71): 1-13.
29. Klaus P, Karin K, Jochen K, et al. Effects of an intervention to reduce fear of falling and increase physical activity during hip and pelvic fracture rehabilitation. *Age and Aging*. 2020;49(5): 771-178.
30. Maranesi E, Riccardi GR, Lattanzio F, et al. Randomised controlled trial assessing the effect of a technology-assisted gait and balance training on mobility in older people after hip fracture: study protocol. *BMJ Open*. 2020;10(6): e035508-e035514.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุม ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community – Dwelling Older Adults

วิทยา วาโย*¹ กัลยารัตน์ คาดสนิท¹ จรรยา คนใหญ่¹ สายสุตา จันทวนา¹ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร¹ วราพร แซ่หวง²
Wittaya Wayo*¹ Kunlayarat Kadsanit¹ Junya Konyai¹ Saisuda Chanhvana¹ Rungtip Phromboot¹ Varaporn Zahuang²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ขอนแก่น, ประเทศไทย 40000

¹Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Khon Kaen, Thailand 40000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน, ขอนแก่น, ประเทศไทย 40000

²Non Thon Sub-District Health Promoting Hospital, Khon Kaen, Thailand 40000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพ ความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางด้านสุขภาพ (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .93) 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .89) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยสรุปได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ : ความรู้ทางด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ความดันโลหิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was quasi-experimental research using a two group, pretest-posttest design. The purpose of this research aimed to investigate the effects of health literacy enhancement program on health literacy and hypertension control behavior among community-dwelling older adults. The study sample consisted of 60 older adults. The subjects with 30 of them being assigned into the experimental group and the other 30 into control group. The instruments used in this study were composed of the demographic characteristic interview protocol, the health literacy interview protocol (Cronbach's alpha coefficient .93), the hypertension control behavior interview protocol (Cronbach's alpha coefficient .89). Data were analyzed by means of descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results revealed that the mean score of the health literacy of experimental group after participation the health literacy program was significantly higher than before participation with statistical significance ($p < .001$). the mean score of the hypertension control behavior of experimental group after participation the health literacy program was significantly higher than before participation with statistical significance ($p < .001$) the mean score of the health literacy of experimental group after participation the health literacy program was higher than the subject in the control group with statistical significance ($p < .001$) and the mean score of the hypertension control behavior of experimental group after participation the health literacy program was higher than the subject in the control group with statistical significance ($p < .001$).

Keywords: health literacy, behavior, hypertension, older adults

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุที่ยืนยาวและมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สถิติผู้สูงอายุไทยกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 6.9 ล้านคน ผู้สูงอายุเพศชาย 5.1 ล้านคน¹ ผลจากการที่ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ส่งผลกระทบต่อร่างกาย วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง² นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatrics syndrome) นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCD) เพิ่มขึ้นจากการรายงาน พบว่า มีการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง³ โดยแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ประจำปี 2563⁴ พบว่า มีอัตราความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 เพศชาย ร้อยละ 25.6 และเพศหญิง ร้อยละ 23.9 โดยพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 75.7¹ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิต

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากควบคุมโรคไม่ดีจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดแดงแข็ง จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อมหน้าที่ โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน⁵ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นการควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูง ให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเสียชีวิต ซึ่งการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง^{2,5-6} ได้แก่ 1) แนะนำ ส่งเสริมป้องกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความรู้เรื่องของ

โรคความดันโลหิตสูง และวิธีป้องกัน 2) ในกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการคัดกรองสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง 3) ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารหวาน อาหารทอด 4) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 5) หลีกเลี่ยงความเครียดและปัจจัยกระตุ้นที่จะให้เกิดความเครียด 6) งดการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ 7) พักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งการส่งเสริมในด้านการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดี สามารถที่จะลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษา การส่งเสริมการเรียนรู้ อิทธิพลของเพื่อนและครอบครัว การศึกษา อายุ รายได้ และสื่อ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁸ และยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องสามารถทำนายความรอบรู้ทางด้านสุขภาพได้ดี⁹ ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลโนนทอน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.50 เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.60 เพศชาย ร้อยละ 44.40 โดยพบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.50 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 38.10 โรคไขมันในกระแสเลือดสูง ร้อยละ 20.65 ซึ่งผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 53.62 และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.38 อย่างไรก็ตามกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ ปัจจุบันการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุของหน่วยงานที่ผ่านมา พบว่าเป็นการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมผู้สูงอายุเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดีต่อไป

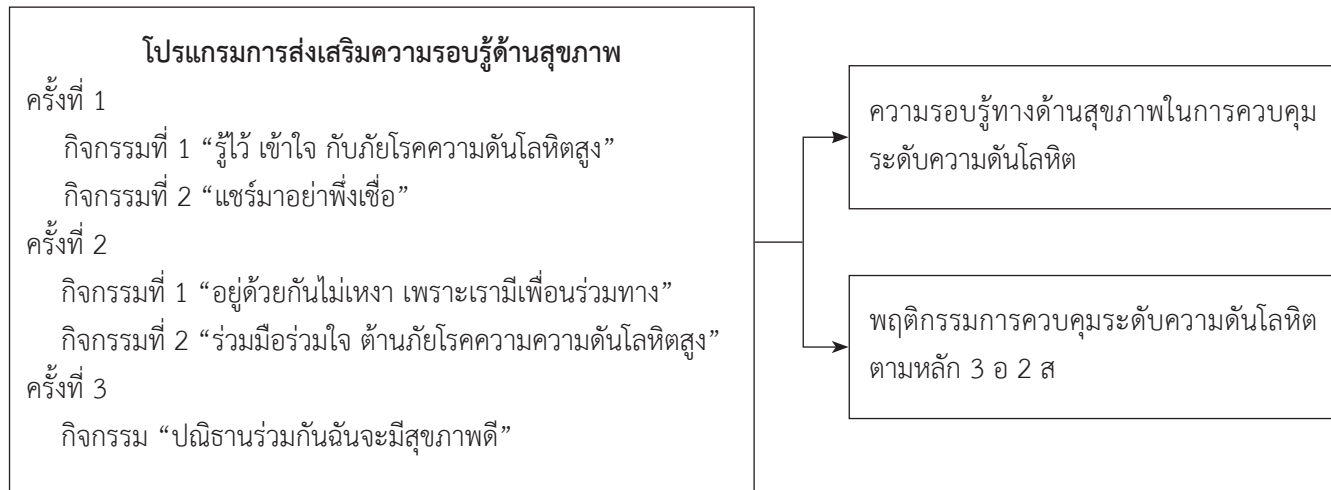
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest test design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัยจากการสุ่มได้พื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 8 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่เป็นบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะสมอง โดยผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน MMSE ≥ 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) เรียนระดับประถมศึกษา คะแนน MMSE ≥ 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน MMSE ≥ 23 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมิน Barthel ADL Index โดยค่าคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ 5) ไม่มีภาวะพิการทางร่างกาย เช่น แขน ขา สายตา เป็นต้น 6) ไม่มีประวัติของอาการเจ็บหน้าอก หายใจ หอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ สูญเสีย การทรงตัวในระหว่างการออกกำลังกาย เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติของการหกล้ม มากกว่า 1 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน 2) มีประวัติ

ของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรของ Cohen¹¹ คำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง¹² ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 3.40 กำหนดระดับความเชื่อมั่น = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน มีผู้สูงอายุเข้ากลุ่มโดยการสุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่ จึงทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองคือ บ้านท่อน หมู่ที่ 2 กลุ่มควบคุมคือ บ้านท่อนใหม่ หมู่ที่ 8 สุ่มครั้งที่ 2 โดยสุ่มแบบง่ายด้วยการนำรายชื่อผู้สูงอายุใส่กล่องแล้วสุ่มจับทีละคนจนครบจำนวนเพื่อการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เท่าเทียมกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศ อายุ เป็นปัจจัยทำนายความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง⁸⁻⁹ ผู้วิจัยจึงจับคู่ (Matching) เพศ อายุ ทั้ง 2 กลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน หรือ Barthel ADL Index 1.2 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ครอบคลุมองค์ประกอบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนน 38 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับมาก ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.93 2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยครอบคลุมหลัก 3 ข้อ 2 ส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 20 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนน 74 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับมาก ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.89

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อปรับปรุงสื่อเนื้อหา ระยะเวลา รูปแบบที่เหมาะสมต่อการดำเนินวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน MMSE แบบประเมิน Barthel ADL Index แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต

ขึ้นดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกิจกรรม ที่ศาลากลางบ้าน หมู่ 2 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้ไว้ เข้าใจ กับภัยโรคความดันโลหิตสูง”

กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการดูแลสุขภาพ การอ่านสลากยา สลากข้อมูลโภชนาการ ปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องปรุงรสต่างๆ ในแต่ละวัน และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

กิจกรรมที่ 2 “แชร์มาอย่าพึ่งเชื่อ” กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความตระหนักถึงความน่าเชื่อถือข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับมาผ่านสื่อ ก่อนตัดสินใจเชื่อข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และแนะนำวิธีการในการตัดสินใจเชื่อข้อมูลข่าวสาร

กิจกรรมที่ 3 “อยู่ด้วยกันไม่เหงา เพราะเรามีเพื่อนร่วมทาง” กิจกรรมประกอบด้วย การจับคู่บัดดี้ของผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพร่วมกันในด้านต่างๆ โดยมีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับคู่บัดดี้ เพื่อวางแผนทางการดูแลสุขภาพร่วมกัน

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในการปฏิบัติตัวเองตามรูปแบบกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2-6 ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-4 โดยดำเนินกิจกรรม คือ “ร่วมมือร่วมใจต้านภัยโรคความดันโลหิตสูง” กิจกรรมประกอบด้วย ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองตามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและตามหลัก 3 ข้อ 2 ส ด้วยตนเองที่บ้าน และติดตามการดูแลตนเองของคู่บัดดี้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และลงบันทึกการทำกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 โดยดำเนินกิจกรรม คือ “ปณิธานร่วมกันฉันจะมีสุขภาพดี” กิจกรรมประกอบด้วย โดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในด้านการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง และการตั้งปณิธานร่วมกันในการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มควบคุม ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลสุขภาพร่างกายและกิจกรรมต่างๆ ทั่วไป ตามแนวทางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีการกระจายตัวของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		X ²
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
เพศ					1.000
ชาย	5	16.7	5	16.7	
หญิง	25	83.3	25	83.3	
อายุ (ปี)					
60 – 69	17	56.7	15	50	.408
70 - 79	10	33.3	14	46.7	
80 ปีขึ้นไป	3	10	1	3.3	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	10	1	3.3	.301
ประถมศึกษา	27	90	29	96.7	

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 83.3) สำหรับอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 56.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี

ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการ IRB-BCNKK-6-2021 วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ การคัดเลือกและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ความปลอดภัย ความเสี่ยง ความสมัครใจยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร รวมทั้งกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลของการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเช่นเดิม

จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 50) ระดับการศึกษากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 90)

2. เปรียบเทียบความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	27.26	6.65	38.13	4.15	-7.66	29	.000*
พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต	61.07	7.46	76.83	9.59	-7.34	29	.000*

*p < .001

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Independent t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความรู้ทางด้านสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง (n = 30)	27.26	6.65	38.13	4.15	- 9.80	58	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	28.80	5.02	27.50	4.13			
พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต							
กลุ่มทดลอง (n = 30)	61.07	7.46	76.83	9.59	-8.23	58	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	61.63	8.35	59.03	6.95			

*p < .001

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง การได้รับคู่มือ สื่อ อุปกรณ์ในการเรียนรู้ที่เหมาะสม ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางด้าน

สุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹² พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam¹⁰ ทั้ง 6 ด้าน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลาย ทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเพื่อน การติดตามกระตุ้นเตือน การรวมกลุ่มให้กำลังใจกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพสูงขึ้น¹³

สมมติฐานที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากการกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ประยุกต์ใช้ความรู้ทางด้านสุขภาพ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีความเหมาะสม มีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับคู่มือ รวมทั้งสมุดคู่มือความรู้ในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมทั้งการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การตัดสินใจ การประเมินตนเอง และการจัดการผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น¹⁵

สมมติฐานที่ 3 คะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านกิจกรรม “รู้ไว้ เข้าใจ กับภัยโรคความดันโลหิตสูง” และ “แชร์มาอย่าพึ่งเชื่อ” โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการสร้างความตระหนักถึงความน่าเชื่อถือข้อมูล ก่อนที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสม สามารถทำให้ ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น⁹⁻¹⁶ ด้านการสื่อสาร ผ่านกิจกรรม “อยู่ด้วยกันไม่เหงา เพราะเรามีเพื่อนร่วมทาง” เป็นกิจกรรมการจับคู่บัดดี้ของผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพร่วมกัน การกระตุ้นการออกกำลังกาย เป็นต้น และกิจกรรม “ปณิธานร่วมกันฉันจะมีสุขภาพดี” เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จในด้านการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้านการตัดสินใจด้านการจัดการตนเอง ผ่านกิจกรรม “ร่วมมือร่วมใจ ด้านภัยโรคความดันโลหิตสูง” โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองตามความรู้ทางด้านสุขภาพและตามหลัก 3 อ 2 ส ที่ได้รับการอบรมความรู้ นำมาประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่บ้านและติดตามการดูแลตนเองของคู่มือ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองให้มีความเหมาะสม

สมมติฐานที่ 4 คะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3 อ 2 ส¹⁷ ประกอบด้วยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการจัดการทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองให้มีความเหมาะสม ประยุกต์ความรู้ ทักษะปฏิบัติที่ได้นำมาสู่การดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทั้งด้านระยะเวลา รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และควรมีการติดตามผู้สูงอายุภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เพื่อติดตามความคงทนของความรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

References

1. Prasartkun P. Situation of The Thai Elderly 2020. 2021. Bangkok: Amarin & Publishing Limited Partnership. (in Thai).
2. Anurung S. Multimorbidity in older person: situation, challenge issues, and care management. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29(2) : 1-14 (in Thai).
3. Ministry of Public Health Bureau of non-communicable disease. Report NCDs 2019. Bangkok : Aksorn Grphic and Design Publishing Limited Partnership. 2021. (in Thai).
4. Ministry of Public Health Bureau of non-communicable disease. Annual Report 2020. Bangkok : Aksorn Grphic and Design Publishing Limited Partnership. 2021. (in Thai).
5. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2017; 28(1) : 100-11. (in Thai).
6. Srimookda N, Mitsunghern T, Imoun S, Wunsupong S. Effects of purse lip breathing on blood pressure in hypertensive urgency among patients with hypertensive urgency. Journal of Nursing Science & Health. 2020; 43(1): 87-96. (in Thai).
7. Kareesun K, Malatthum P, Sutti N. Relationship among Health Literacy, Knowledge about Hypertention Control, and Health Behavior in Older Persons with Hypertension. Ramathibodi Nursing Journal. 2019; 25(3): 280-95. (in Thai).
8. Chotchai T, Seedaket S, Taarak K, Panyasong S, Buajun A. Factors Related to Health Literacy in Prevention of Hypertension among Group at Risk in Sumran Sub-District, Muaeng District, Khon Kaen Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019; 7(1): 45-56. (in Thai).
9. Tiparat w, Suwanweala S, Wauters Y. Factor Predicting Health Literacy of Older People with Hypertension and Co-morbidity in Trang Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(2): 26-38. (in Thai).
10. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine. 2008; 67: 2072-78.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
12. Wanprasert S, Moolsart S, Jantacumma N. The effectiveness of a health literacy developmental program in a pre-hypertension group with overweight. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019; 20(2): 92-104. (in Thai).
13. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Sriwonsa A. The Effectiveness of Health Literacy Enhancing and Developing Program on A1C Blood Pressure Level Health Literacy and Diabetes and Hypertension Control Behaviors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 333-42. (in Thai).
14. Seanloa P, Karnganophas P, Hirungerd S. Effectiveness of Health Education Program on Health Promotion Behaviors of Elderly Persons in Hypertension Disease, Nafai District, Amphoe Muang, Chaiyaphum Province. 2020; 23(1): 98-107. (in Thai).

15. Sriyasak A, Sarakshetrin A, Tongpeth J, Ket-in V, Utaitum N, Mookui S, Meesub T. The Development of Health Literacy for Health Management of Older Persons with Diabetes and Hypertension in Primary Care Cluster Context: Case Study in Phetchaburi Province. *Journal of Health Systems Research*. 2021; 15(2): 155-73.
16. Chantra R, Heetaksorn C, Kunlaka, S, Sarakshetrin A, Rongmuang D. Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertension. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2020; 30(2): 177-89. (in Thai).
17. Waichompu N, Boontud R, Singweratham N. Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020; 7(2): 26-38. (in Thai).
18. Punyathanachaikhul K, Moolsart S, Chailimpamontree W. The Effectiveness of a Health Literacy Developmental Program in Hypertension Patients Risking to Chronic Kidney Disease. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2020; 20(1): 41-54. (in Thai).

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ในวิชาเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

Outcomes of Blended Learning in a Nursing Technique,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

อัสลี สนิทสกุล*

Aslee Sanitsakul*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปัตตานี ประเทศไทย 94000

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus, Thailand, 94000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาล ประชากรเป้าหมาย คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ชั้นปีที่ 2 จำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และแบบประเมินผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (Pair t-test)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.10 (SD = 0.34) ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (SD = 0.53) และคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.01 (SD = 5.53) สูงกว่าการจัดการเรียนการสอนแบบปกติซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.47 (SD=4.07) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the outcomes of the teaching styles with blended learning in a nursing technique. The target population was 63 nursing students in year 2. The research instruments were the academic achievement tests, and a blended teaching and learning outcomes assessment. The data analysis applied parametric statistics including percent, mean, standard deviation, and Pair t-test.

The results of the research found that 1) The students' satisfaction and the results of the blended learning management were at a high level with an average value of 4.10 (SD = 0.34). 2) Outcomes of the teaching styles with blended learning were at a high level with an average value of 4.08 (SD = 0.53).

3) Learning achievement scores of blended teaching was at a good level with an average value of 43.01 (SD = 5.53). It was higher than the mean score in the normal teaching styles with an average value of 35.47 (SD = 4.07) with a statistically significant difference at .05

Keyword: Blended learning, Nursing student

บทนำ

การจัดการศึกษาในปัจจุบันได้มีการนำรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) โดยเป็นการเรียนทางไกลผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์ร่วมกับการเรียนแบบเผชิญหน้าในชั้นเรียน ทำให้ผู้เรียนมีอิสระในการเรียนรู้ เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และลดเวลาในการเข้าชั้นเรียนได้ ซึ่งเป็นการนำข้อดีของการเรียนแต่ละรูปแบบนั้นมาผสมผสานกันทำให้ลดจุดด้อยซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้และสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21¹ ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การสอนแบบบรรยายในชั้นเรียน ผู้สอนมักจะสื่อสารทางเดียว ไม่สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนในการเรียนรู้และปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนนั้นไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ผู้เรียนไม่มีส่วนร่วมในชั้นเรียนและไม่ประสบความสำเร็จในด้านของการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน² ส่วนการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่งในปัจจุบันเป็นที่นิยมมากขึ้นเพราะมีเทคโนโลยีต่างๆ ที่ความทันสมัยมากขึ้น มีการจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความคิด การวิเคราะห์ การรวบรวมข้อมูล การศึกษาค้นคว้าทำให้ผู้เรียนรู้จักแสวงหาการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้เรียน ลดเวลาสอน เพิ่มการทบทวนความเข้าใจและเรียนรู้ด้วยตนเอง เพิ่มแรงจูงใจและความพึงพอใจของผู้เรียนสามารถเข้าถึงบทเรียนได้ตามความต้องการโดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่³ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีอุปสรรค เช่น การเข้าสู่ระบบออนไลน์ค่อนข้างเข้ายาก อินเทอร์เน็ตไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้งาน ดังนั้นการนำจุดเด่นของการเรียนในชั้นเรียนมาเสริมกับจุดเด่นของการเรียนที่ให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลที่ได้จะทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์จากการใช้รูปแบบการสอนแบบผสมผสาน⁴

นอกจากนี้การเขียนบันทึกการเรียนรู้ก็เป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถใช้พัฒนาด้านความรู้และความสามารถในการคิดและทัศนคติของผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนเนื้อหาและสรุป

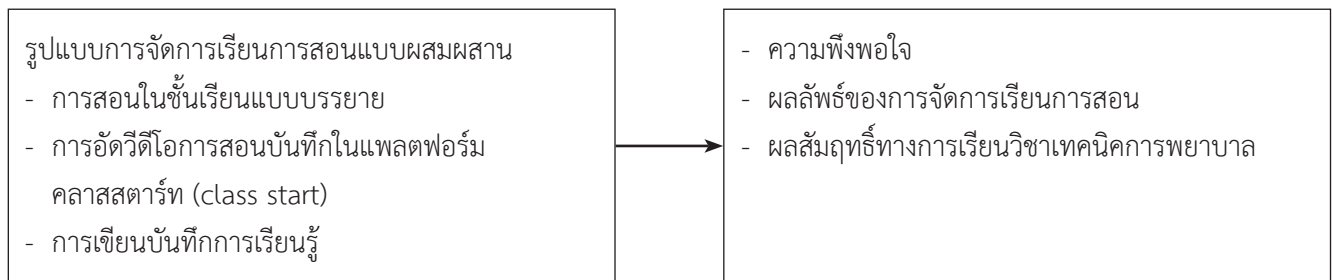
การเรียนรู้ของตนเอง เพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา ช่วยแก้ปัญหาในสิ่งที่ผู้เรียนไม่เข้าใจ ใช้เป็นการบ้านโดยการเขียนตอบคำถามในสิ่งที่ได้เรียนในชั้นเรียน และเป็นรายงานแสดงความก้าวหน้าของผู้เรียน⁵ ผู้สอนสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนและผู้เรียนสามารถเขียนในสิ่งที่ไม่เข้าใจในบันทึกทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกที่ดีต่อวิชาเรียน มีความสนใจในวิชาเรียนมากยิ่งขึ้น⁶

วิชาเทคนิคการพยาบาลมีการสอนภาคทฤษฎีแบบบรรยายในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาพบว่า ผู้เรียนมีผลการสอบไม่ผ่านเกณฑ์ประมาณ ร้อยละ 4-5 และพบปัญหาผู้เรียนไม่เตรียมตัวก่อนเรียน เมื่อต้องมาฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งแม้จำนวนผู้เรียนที่มีผลการสอบไม่ผ่านเกณฑ์จำนวนไม่มาก แต่เนื่องจากวิชาเทคนิคการพยาบาลเป็นวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นต่อการเรียนในวิชาการศึกษาพยาบาลอื่นๆ ในชั้นปีถัดไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยการบรรยายในชั้นเรียนร่วมกับการอัดวิดีโอการสอนผ่านระบบออนไลน์ และการเขียนบันทึกการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบปกติกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรเป้าหมาย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 63 คน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานประกอบด้วย การสอนแบบบรรยายในชั้นเรียน การอัดวิดีโอการสอนบันทึกในแพลตฟอร์มคลาสสตาร์ทและการเขียนบันทึกการเรียนรู้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน⁴ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของนักศึกษาจำนวน 3 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ และเนื่องจากแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้วซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92, 0.91 ตามลำดับ จึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ

2. แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาเทคนิคการพยาบาล เป็นข้อสอบปรนัยแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 140 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.63 และค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.21-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.20-0.69 ได้ผ่านการวิพากษ์จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาเทคนิคการพยาบาลจำนวน 4 ท่าน และกรรมการหลักสูตรจำนวน 1 ท่าน จากนั้นได้มีการปรับแก้ข้อคำถามและตัวเลือก จำนวน 28 ข้อ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มีค่าเท่ากับ 1

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. อาจารย์ผู้ประสานงานเปิดชั้นเรียนผ่านแพลตฟอร์มคลาสสตาร์ท (Class start) ชี้แจงให้นักศึกษาเข้าใจถึงกระบวนการเรียนการสอนแบบปกติ คือ การบรรยายอภิปรายในชั้นเรียน และการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ซึ่งจะมีการบรรยาย การเขียนบันทึกการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ และมีการอัดวิดีโอการสอนทุกหัวข้ออัปโหลดในแพลตฟอร์มให้นักศึกษาสามารถดูวิดีโอการสอนย้อนหลังได้

2. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบปกติในช่วงแรกของเรียนการสอนในรายวิชาเทคนิคการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยการบรรยาย อภิปราย การสะท้อนกลับใน 7 เรื่องแรกของรายวิชา หลังจากสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนแบบปกติให้นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

3. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานซึ่งประกอบไปด้วยการบรรยาย อภิปราย การสะท้อนกลับ การอัดวิดีโอการสอนบันทึกในแพลตฟอร์มคลาสสตาร์ท เขียนบันทึกการเรียนรู้ ใน 7 เรื่องหลังของรายวิชา หลังจากสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานให้นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

4. ในระหว่างการเรียนรู้การสอนผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนได้โพสต์ข้อความสื่อสารกับนักศึกษาในแพลตฟอร์มเป็นระยะๆ รวมทั้งมีการติดตามความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ

5. เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 รวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษาทำแบบประเมินผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน และนำมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีแล้ว เลขที่ NUR.
PN00012/2020 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ความพึงพอใจและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของการจัดการเรียนการสอนแบบปกติกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานของวิชาเทคนิคการพยาบาล ใช้การทดสอบที (Pair t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.76) และเป็นเพศชาย (ร้อยละ 2.24) มีอายุเฉลี่ย 18.92 ปี

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (N = 63)

การเรียนการสอน	Mean	SD	ระดับ
ด้านวัตถุประสงค์			
1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.27	0.48	มาก
2. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.31	0.49	มาก
3. ความสามารถของคนที่บรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.13	0.49	มาก
ด้านเนื้อหา			
1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.35	0.54	มาก
2. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.23	0.61	มาก
3. ความสามารถของคนที่บรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน	4.05	0.49	มาก
ด้านวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน			
1. การมอบหมายงานให้นักศึกษาเรียนรู้	4.23	0.63	มาก
2. การเรียนแบบ E-learning	4.02	0.58	มาก
3. รูปแบบการบรรยาย	4.05	0.49	มาก
ด้านวิธีการประเมินการจัดการเรียน			
1. ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียน	4.05	0.49	มาก
2. ความชัดเจนของแบบทดสอบ แบบฝึกหัดและข้อสอบ	4.05	0.55	มาก
3. ความเหมาะสมกับเนื้อหาแต่ละบทเรียน	4.10	0.53	มาก
4. ความหลากหลายรูปแบบ	4.10	0.46	มาก
5. มีการเฉลยข้อสอบ	4.06	0.56	มาก
โดยรวม	4.10	0.34	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD = 0.34) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดด้านเนื้อหา ในเรื่องกำหนด

วัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 (SD = 0.54) และมีความพึงพอใจน้อยที่สุดด้านวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เรื่องการเรียนแบบ E-learning มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (SD = 0.58)

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (N = 63)

ผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์กับนักศึกษา	Mean	SD	ระดับ
1. เพิ่มทักษะการเรียนรู้ในเนื้อหาแต่ละบทเรียน	4.00	0.51	มาก
2. มีความกระตือรือร้นในการเรียนมากขึ้น	4.08	0.52	มาก
3. มีการคิดและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม	4.03	0.40	มาก
4. เข้าใจในบทเรียนแต่ละบทมากขึ้น	4.00	0.51	มาก
5. มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย	4.11	0.57	มาก
6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเอง	4.02	0.55	มาก
7. มีความรับผิดชอบและมีวินัยในตนเอง	4.13	0.55	มาก
8. ประเมินความสามารถและความก้าวหน้าของตนเองได้	4.03	0.40	มาก
9. สื่อสารกับอาจารย์ผู้สอนได้สะดวกและเข้าถึงง่าย	4.08	0.55	มาก
10. อยู่ในบรรยากาศของการเรียนรู้	4.06	0.43	มาก
11. สามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ตลอดเวลาและสถานที่	4.27	0.54	มาก
12. ได้เรียนรู้ได้ทันเหตุการณ์และต่อเนื่อง	4.05	0.61	มาก
13. ใช้เสรีภาพในการเรียนรู้ในสิ่งที่ตนสนใจ	4.08	0.70	มาก
14. เข้าถึงเนื้อหา ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว	4.18	0.58	มาก
15. จัดสรรเวลาในการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.11	0.60	มาก
โดยรวม	4.08	0.53	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (SD = 0.53) โดยผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์กับนักศึกษา มากที่สุดในเรื่องความสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ตลอดเวลาและสถานที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (SD = 0.54) และผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์กับนักศึกษาน้อยที่สุดในเรื่องเพิ่มทักษะการเรียนรู้ในเนื้อหาแต่ละบทเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD = 0.51) เข้าใจในบทเรียนแต่ละบทมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD = 0.51)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของการจัดการเรียนการสอนแบบปกติกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานของวิชาเทคนิคการพยาบาล (N = 63)

คะแนน	Mean	SD	df	t	p-value
การสอนปกติ	35.47	4.07	62	-11.092	.000
การสอนแบบผสมผสาน	43.11	5.44			

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของการจัดการเรียนการสอนแบบปกติกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานของวิชาเทคนิคการพยาบาล พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน นักศึกษามีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าการจัดการเรียนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานมีรูปแบบที่หลากหลาย ช่วยให้นักศึกษาได้ทำความเข้าใจกับวัตถุประสงค์ เนื้อหาของการเรียนแต่ละบทเรียน การสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

แบบส่วนตัวในกรณีมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในเนื้อหาส่วนใดช่วย
ทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่านักศึกษา
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อมีการจัดการเรียนรู้แบบ
ผสมผสานทั้งในห้องเรียนและการจัดการเรียนการสอนผ่าน
ระบบเครือข่าย⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการจัดการ
เรียนรู้แบบผสมผสานโดยใช้การบรรยายและอภิปรายใน
ชั้นเรียน การมอบหมายงานกลุ่มและรายบุคคล การจัดทำ
รายงาน และทำแบบฝึกหัดท้ายบท การใช้บทเรียนอิเล็กทรอนิกส์
และการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สื่อมัลติมีเดีย ทำให้ผู้เรียน
พึงพอใจในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและในแต่ละวิธีการ
เรียนรู้⁸ สำหรับหัวข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือด้านวิธีการ
จัดกิจกรรมการเรียนการสอน เรื่องการเรียนแบบ E-learning
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (SD = 0.58) อาจเนื่องมาจากการเข้าสู่
ระบบออนไลน์ค่อนข้างเข้หายาก สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร
ไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้งาน จึงมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสม
ผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษา
ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสม
ผสานทำให้นักศึกษาสามารถเข้าไปทบทวน ศึกษาเนื้อหาได้
ตลอดเวลา ทุกสถานที่ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดความ
สะดวกและรวดเร็ว ผิดกับมีความรับผิดชอบและมีวินัยในตนเอง
มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายสามารถจัดสรรเวลาในการ
เรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าจัดการ
เรียนแบบผสมผสานช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างอิสระ
ไม่จำกัดเวลา สถานที่ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามระดับ
ความเร็วของตนเอง ทำให้ผู้เรียนมั่นใจในการเรียนไม่รู้สึกกดดัน
สามารถนำความรู้ที่เรียนไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเองและเพิ่ม
ทักษะในการเรียนรู้^{4,9} แม้การจัดการเรียนการสอนแบบผสม
ผสานจะมีผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนระดับมากแต่มีปัญหา
อุปสรรคและข้อเสนอแนะของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดการ
เรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่อง
ของระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร ล่าช้าซึ่งเป็นข้อจำกัด
ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน สอดคล้องกับ
การศึกษาที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบ
อินเทอร์เน็ตเนื่องจากเข้าระบบไม่ได้ ความล่าช้าของเครื่อง
คอมพิวเตอร์⁴ ด้านการเขียนบันทึกการเรียนรู้ ซึ่งนักศึกษา
มองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการเรียนการ
สอนในหลายวิชา จึงทำให้รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของ
นักศึกษา ในส่วนผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์กับนักศึกษาน้อยที่สุด

คือ เรื่องเพิ่มทักษะการเรียนรู้ในเนื้อหาแต่ละบทเรียน มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 4.00 (SD = 0.51) และเข้าใจในบทเรียนแต่ละบทมาก
ขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD = 0.51) อาจเนื่องมาจากวิชา
เทคนิคการพยาบาลเป็นวิชาแรกที่นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ได้เรียน
วิชาทางการพยาบาลจึงทำให้ยังขาดทักษะการเรียนรู้วิชา
ทางการพยาบาล ทำความเข้าใจในบทเรียนได้ไม่ดีเท่าที่ควร
จึงทำให้ระดับผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์กับนักศึกษาน้อยที่สุด
เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ด้านอื่นๆ

3. คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของการจัดการ
เรียนการสอนแบบผสมผสานในวิชาเทคนิคการพยาบาลสูงกว่า
การจัดการเรียนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนแบบ
ผสมผสานมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การอัดวิดีโอสอนบันทึก
ลงในคลาสดาร์ทำให้นักศึกษาสามารถทบทวนเนื้อหาการ
เรียนได้ทุกเมื่อโดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ นอกจากนี้ยังเพิ่ม
ช่องทางการสื่อสารในคลาสดาร์ทำให้นักศึกษาไม่รู้สีกังวล
กล้าถามคำถามในกรณีที่เกิดความไม่เข้าใจเนื้อหาที่เรียนในชั้น
เรียนแบบบรรยาย สามารถถามคำถามย้อนหลังผ่านระบบ
ออนไลน์ได้ การเขียนบันทึกการเรียนรู้หลังเรียนของนักศึกษา
ยังช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนเนื้อหาและสรุปการเรียนรู้ของ
ตนเองเป็นการเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาของนักศึกษา ใช้เป็น
เครื่องมือในการทบทวนสิ่งที่เรียนมาแล้วหรือเขียนสิ่งที่กำลัง
เรียนอยู่ ช่วยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ประเด็นสำคัญ ช่วยแก้ปัญหาใน
สิ่งที่ผู้เรียนไม่เข้าใจ ใช้เป็นการบ้านโดยการเขียนตอบคำถามใน
สิ่งที่ได้เรียนในชั้นเรียน และเป็นรายงานแสดงความก้าวหน้า
ของผู้เรียน⁵ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน
ในครั้งนี้ได้จัดรูปแบบกิจกรรมในหลายรูปแบบจึงทำให้นักศึกษา
มีความเข้าใจและสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ
การศึกษาที่พบว่านักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบ
ผสมผสานร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงการ
ทำคลอสมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียน
แบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁰ สอดคล้อง
กับการศึกษาที่พบว่าจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน
นอกจากจะช่วยให้ผู้เรียนมีระดับคะแนนที่ดีขึ้นแล้วยังช่วยให้
ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียน และมีทัศนคติที่ดีในการเรียน¹¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานไปใช้
ในรายวิชาอื่นๆ ได้แก่ การอัดวิดีโอขณะสอน เพื่อให้ผู้เรียน

สามารถทบทวนความรู้ได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการปรับปรุง
เรื่องภาพและเสียงของวิดีโอให้คมชัด เพื่อให้การเรียนรู้ของ
ผู้เรียนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง และควรมี
การติดตามผลของการจัดการเรียนการสอนในระยะยาวเพื่อ
ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2. ทำวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบการเรียนการ
สอนแบบผสมผสานที่เหมาะสมในแต่ละรายวิชา

References

1. Panich V. The way to create learning for students in the 21st century. Bangkok: Sodsri Saritwong Foundation; 2012. (in Thai)
2. Sasuk A. A study of the achievement of Blended Learning to promote classroom participation and change students' attitudes Mattayomsuksa 4 level in the course D 31101 Information Technology (Research Report). 2013. Bangkok: Kasetsart University. (in Thai)
3. Poolsawat M. The Development of Online Learning on Data Communication and Network for Mathayomsuksa 2 Students. Social Sciences Research and Academic Journal. 2016; 11(33): 131-42. (in Thai)
4. Nantsupawat A. Nantsupawat R. Satisfaction and Outcomes of the Teaching Styles with Blended Learning in a Nursing Leadership and Management Course, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Nursing Journal. 2013; 40 (extra): 47-60. (in Thai)
5. Maliwan N, Kaemkate W. Journal writing for enhancing achievement and attitude towards mathematics learning of lower secondary school students: A development analysis. Online Journal of Education. 2014; 9(1): 222-35. (in Thai)

6. Hoskisson K. Tompkins G.E. Language Arts: Content and teaching strategies. New York: Merrill Publishing; 1987.
7. Rueangsawat S. Saetew P. Choome P. The Effect of Blended learning Management on 21st Century Learning Skills For Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, SuratThani. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 235-44. (in Thai)
8. Yimyan S, Charuwatcharapaniskul U, Chareonsant J, Indarangkura Na Ayutthaya A, Xuto P, Chaloumsuk N. Developing on Blended Learning for Developing the 21st Century Learning Skills. Nursing Journal. 2015; 42 (extra): 129-40. (in Thai)
9. Sinthukot P. Monthawee S. Effect of a Blended Learning Instruction on Learning Achievement in Child and Adolescent Nursing 2 Subject of the Third Year Nursing Students of The Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal. 2020; 47(1): 158-71. (in Thai)
10. Bangthamai P. Srisomphan K. Somnukprasert W. Weerawatthanodom N. Effects of Blended Learning and Childbirth Delivery Simulation Based Learning on Academic Achievement, Satisfaction and The Students' Opinions Towards Teaching by Reflective Thinking of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 350-59. (in Thai)
11. Sucaromana U. The effects of blended learning on the intrinsic motivation of Thai EFL student. Canadian Center of Science and Education 2013; 6 (5): 141-7.

ผลของการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นต่ออาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effects of Applied Short-Term Psychodynamic Therapy on The Depressive Symptoms of Patients with Major Depressive Disorder

สันทัต ผลจันทร์*¹ รังสิมันต์ สุนทรไชยา² อังคณา จิรโรจน์²

Santhath Phonchan*¹ Rangsiman Soonthonchaiya² Angkana Jirarode²

¹โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชินครินทร์ นครราชสีมา ประเทศไทย 30000

¹Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Nakhon Ratchasima Thailand 30000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

²Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 54 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ระยะเวลาการบำบัดรายบุคคล จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน ฉบับภาษาไทย ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ($M = 11.15$, $SD = 1.70$) ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ($M = 21.96$, $SD = 1.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.97$, $p < .05$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ($1 = 10.81$, $SD = 1.70$) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($2 = 6.63$, $SD = 1.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.09$, $p < .05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการบำบัดด้านจิตสังคมในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น, อาการซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Corresponding Author: *e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 22 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 พ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 ธ.ค. 2564

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research aimed to examine an applied short-term psychodynamic therapy program on the depressive symptoms of patients with major depressive disorder. The subjects of this study were 54 patients. The subjects were randomly assigned to the experimental and control groups with 27 patients in each group. The experimental group participated in the applied short-term psychodynamic therapy program, The duration of the individual intervention was eight sessions, each session lasting 45 to 60 minutes. The control group received routine care. The research instruments consisted of 1) the applied short-term psychodynamic therapy program, which was validated by three experts, and 2) the Hamilton rating scale for depression (Thai version), whose reliability was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .78. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results of the study were as follows. 1) The mean score for the depressive symptoms of the experimental group after participating in the applied short-term psychodynamic therapy program ($M = 11.15$, $SD = 1.70$) was significantly lower than the mean score for the depressive symptoms ($M = 21.96$, $SD = 1.76$) before participating in the program ($t = 21.97$, $p < .05$). 2) The mean difference in the depressive symptoms between the pretest and posttest depressive mean score for the experimental group that participated in the applied short-term psychodynamic therapy program ($1 = 10.81$, $SD = 1.70$) was significantly greater than that of the control group that received routine care ($2 = 6.63$, $SD = 1.87$) ($t = 7.09$, $p < .05$).

In summary, the applied short-term psychodynamic therapy program was able to effectively reduce the depressive symptoms of patients with major depressive disorder. Thus, the program can be used as an alternative activity or program to reduce the depressive symptoms of this group of individuals.

Keywords: applied short-term psychodynamic therapy program, depressive symptoms, patients with major depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นความผิดปกติทางด้านจิตอารมณ์ จากการคาดการณ์ภาระของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกโดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีขององค์การอนามัยโลก และคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดพบว่าใน พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับประเทศไทยพบเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงและอันดับ 10 ในผู้ชาย ซึ่งคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน มีความรุนแรงจนถึงฆ่าตัวตาย หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลา ก็จะถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า¹ ปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยทางชีวภาพที่เกิดจากสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

ปัจจัยภายในจิตใจและความคิดทางลบ จากการศึกษาผลกระทบจากโรคซึมเศร้า พบว่านำไปสู่การสูญเสียความสามารถในช่วงวัย 15-44 ปี วัยนี้เป็นวัย มีความรับผิดชอบที่มากขึ้นและมีการสร้างครอบครัว สร้างอาชีพ สร้างฐานะ ทำให้เกิดการแข่งขันกันซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด และมีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้วัยใกล้เกษียณอายุการทำงาน ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้และอาจเกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้^{2,3} โรคซึมเศร้ามีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Cognitive behavior modification)⁴ รักษาผู้ที่ภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์ไม่ดีในวัยเด็ก ทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสนและไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือหนึ่ง เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิตและปัจจัยที่สอง บุคคลนั้นมีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้

ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น เกิดการประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนไปจากความเป็นจริงและสะสมเรื่อยๆ เมื่อบุคคล ประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราว การผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดด้านลบ ซึ่งกระบวนการ ความคิดทางลบเหล่านี้ จะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นโดยความ ตึงเครียด⁵ และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) กล่าวว่า ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิตของโรคซึมเศร้า เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ (Intra psychic conflicts) แรงขับดันในจิตไร้สำนึก (Unconscious pressure) ประสบการณ์ในวัยเด็กและพัฒนาการทางจิตใจ⁶ การรักษา มี 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับ ของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง ส่วนการรักษาทางจิต สังคมมีรูปแบบการบำบัดหลากหลายแนวคิด แนวคิดที่ได้รับการ ยืนยันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า สามารถลดอาการ ซึมเศร้าได้มีดังนี้ 1) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น 2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการ ทำให้ความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม⁴ 3) การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem solving therapy) โดยเน้นบทบาทของผู้ป่วย เป็นหลักในเรื่องของการวางแผน การหาแนวทาง และวิธีการ แก้ปัญหา⁷ 4) การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Therapy; ET) และ 5) การทำจิตบำบัดแบบสั้น (Short-term psychotherapy) ช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้ง ภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน⁸ กระบวนการ บำบัด จะวิเคราะห์หาสาเหตุของความขัดแย้งภายในจิตใจ ระดับลึก เรียกว่าจิตบำบัดพลวัต ปัจจุบันมีการศึกษาและ พัฒนาการทำจิตบำบัดแบบพลวัตหลากหลายแนวทาง ในอดีต การบำบัดจะใช้เวลาในการบำบัดเป็นระยะเวลานาน จึงมีการ ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของการนำจิตพลวัต มาใช้ บำบัดรักษาจนปัจจุบัน เป็นการบำบัดแบบระยะสั้น ที่มีการ ประยุกต์ในหลักการและแนวคิดหลักของแต่ละทฤษฎีให้ เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกันเป็นจิตพลวัต แบบสั้น⁹ รูปแบบการบำบัดมีลักษณะที่แตกต่างตามปัจจัย และสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า บางคนป่วยเป็นซึมเศร้ามาจาก ความทรงจำ หรือร่องรอยบาดแผลในจิตใจ ทำให้เกิดความขัด

แย้งในความคิดระดับจิตไร้สำนึกจนนำไปสู่การใช้กลไกทางจิต ไม่เหมาะสม การบำบัดจิตวิเคราะห์ ถือเป็นการบำบัดด้านจิต สังคม ที่ลดผลกระทบจากความขัดแย้งที่อยู่ภายในจิตใจของ บุคคล จากประสบการณ์ในอดีต โดยการฝึกทักษะความสามารถ ปรับกลไกทางจิตและอารมณ์ให้เหมาะสมนำไปสู่การลดอาการ ซึมเศร้าลงได้ จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า⁹ การบำบัดจิต พลวัตแบบสั้นสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์การบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบ สั้นในการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่การปรับตัว มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการ ได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและ หลังได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นแตกต่างกัน หรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการ บำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

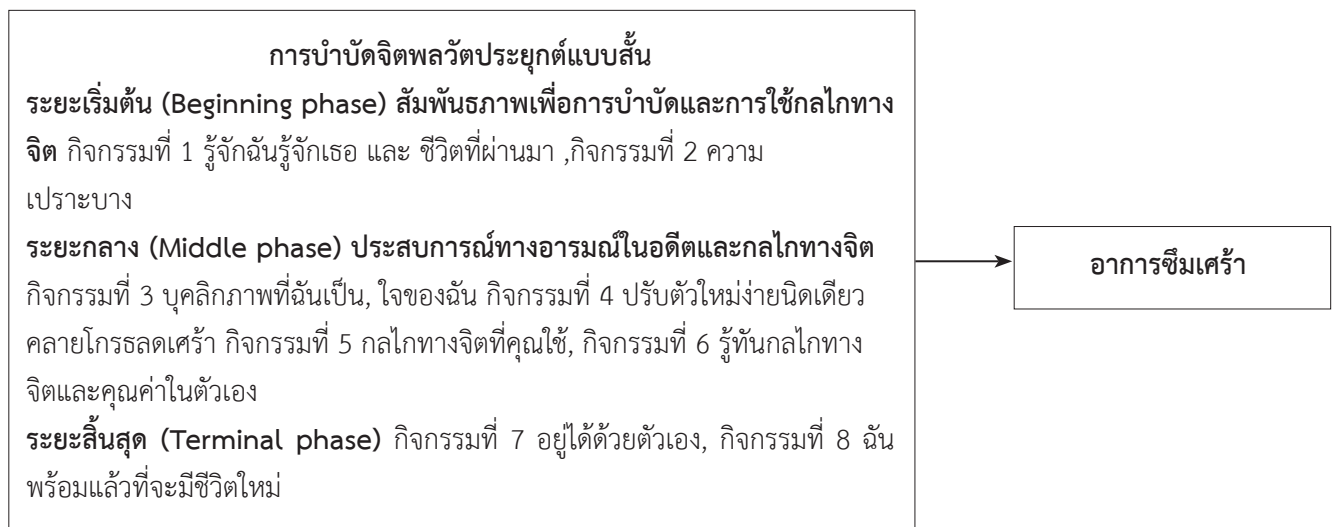
1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่ม ทดลองหลังได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นต่ำ กว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบ จิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดจิตพลวัตแบบสั้นเป็นการบำบัดระยะสั้น ที่เน้นประสบการณ์ทางอารมณ์ในอดีต การใช้กลไกทางจิต

และสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด^{10,11} ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจิตพลวัตมาประยุกต์ร่วมกับเทคนิคการทำจิตบำบัดระยะสั้น โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationship) การวิเคราะห์สาเหตุสำคัญต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา (Psychodynamic formulation) การวิเคราะห์หาคุณค่าในตัวเอง (Fragile self-esteem) การรู้จักความโกรธที่หันเข้าหาตัวเอง (Anger toward self) การจัดการกับความรุนแรง (Harsh and punitive) การทำความเข้าใจซูเปอร์อีโก้ที่เชื่อมโยงกับการกำหนดความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น (Severe superego, high expectation of self and others) การให้ผู้ป่วยเล่าข้อขัดแย้งในใจออกมาการถ่ายทอดความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยกับ

ผู้บำบัด (Defenses against painful affects, transference, countertransference) และการจัดการกับความโกรธ การจัดการอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Relaxation) เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความขัดแย้ง (conflict) ที่มีอยู่ภายในจิตใจ ระบายอารมณ์ความรู้สึก (Abreaction) แล้วพัฒนาตนเองให้ยอมรับความเป็นจริงโดยไม่รู้สึกลบต่อตนเอง (Confrontation) สามารถปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดอารมณ์โกรธภายในตนเอง โดยการปรับใช้กลไกทางจิตให้เหมาะสมส่งผลถึงการปรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีกลุ่มควบคุมประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค (International Classification of Disease and Health Related Problem ([ICD-10]) ขององค์การอนามัยโลก กลุ่มรหัสโรคคือ F32-F39 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอายุ 20-59 ปี เพศชายและหญิง ที่รับไว้รักษาหอผู้ป่วยใน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER version 3.1.9.2 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ

(Power of test) ที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.69¹⁰ ผู้วิจัยได้สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อแบ่งหอผู้ป่วยในทั้ง 8 หอเป็นตึก กลุ่มตัวอย่าง 4 หอและ ตึกกลุ่มควบคุม 4 หอ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton rating scale for depression) ฉบับภาษาไทย (ค่าคะแนน 13-29 คะแนน) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 64 คน แล้วเลือกจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้แก่ ชนิดของยาที่ได้รับขณะรักษา ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และยาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton rating scale for depression) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม วัดอาการซึมเศร้า 17 ข้อ แปลผลคะแนน โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ 0-7 คะแนนคือ ไม่มีอาการซึมเศร้า 8-12 คะแนนคือระดับน้อย 13-17 คะแนนคือระดับปานกลาง 18-29 คะแนนคือระดับมาก 30 คะแนนขึ้นไป คือระดับรุนแรง เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน จำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยงค่าเท่ากับ .78

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น

การบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นได้ทดสอบความตรงของเนื้อหา ดำเนินกิจกรรมรายบุคคล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุดรวมเป็น 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4-5 สัปดาห์ ครั้งละ 45 - 60 นาที ซึ่งมีเนื้อหาและรูปแบบดังนี้

ระยะเริ่มต้น (Beginning phase) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักฉันรู้จักเธอ และชีวิตที่ผ่านมา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ความประมาท ประเมินและวิเคราะห์พลวัตจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประเมินการเรียนรู้สิ่งที่กระทบต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ค้นหาที่มาของความรู้สึกโกรธและวิเคราะห์ ซุปเปอร์อีโก้ของตนเอง

ระยะกลาง (Middle phase) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนและฝึกการใช้กลไกทางจิตในการแก้ปัญหาให้เหมาะสม ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บุคลิกภาพที่ฉันเป็นและใจของฉันสำรวจบุคลิกภาพ วิเคราะห์ อิด อีโก้ ซุปเปอร์อีโก้

กิจกรรมที่ 4 ปรับตัวใหม่ภายใต้ความเครียด คลายโกรธลดเศร้า ผู้ป่วยค้นหาที่มาของความรู้สึกโกรธ ทบทวนกลไกทางจิต

จัดการอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อเผชิญกับความเจ็บปวดทางใจ

กิจกรรมที่ 5 กลไกทางจิตที่คุณใช้ ระบุปัญหาความขัดแย้งในใจที่เกิดขึ้น รับมือกับการเจ็บปวด

กิจกรรมที่ 6 รู้ทันกลไกทางจิตและคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการจัดการความโกรธ

ระยะสิ้นสุด (Termination phase) ให้ผู้ป่วยมีความพร้อมออกไปใช้ชีวิตตามปกติ ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 อยู่ได้ด้วยตัวเอง อยู่ได้ด้วยตัวเอง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการสิ้นสุดการรักษา

กิจกรรมที่ 8 ฉันทพร้อมแล้วที่จะมีชีวิตใหม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ COA No.033/2564 วันที่ 21 เมษายน 2564 และจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จสช.039/2564 วันที่ 7 พฤษภาคม 2564 ซึ่งแจ้งถึงจุดประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และขั้นตอนของการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลเป็นความลับ และผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยหยุดดำเนินการวิจัยและให้การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบปัญหาดังกล่าว หลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมผลของการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การดำเนินการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย และ ขั้นตอนการวิจัย ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคพื้นฐานการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และจิตแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา เป็นระยะเวลา 14 วันอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาเบื้องต้นของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จำนวน 5 วัน ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และแจ้งกำหนดการในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง สุดท้ายเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 2 คน เพื่อช่วยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการวิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้า (pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยในกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่จะได้รับตามปกติ และในกลุ่มทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นเป็นรายบุคคล ประเมินอาการซึมเศร้าหลังการบำบัดครั้งที่ 8 ทันทีเมื่อสิ้นสุดการทดลอง จึงนำข้อมูลมาสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์เทสต์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์เทสต์ (Fisher's exact test)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อน และหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ผลค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นโดยหาค่า

เฉลี่ย คะแนนอาการซึมเศร้า และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติที ชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้ สถิติทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (independent t test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 62.97 เพศชาย ร้อยละ 37.03 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 70.37 เพศชาย ร้อยละ 29.63 กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 81.48 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 11.11 และกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 62.96 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.63 กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.34 อาชีพค้าขายร้อยละ 29.62 และกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 29.62 อาชีพรับจ้าง 22.23 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น

คะแนนอาการซึมเศร้า	M	SD	df	t	p-value
- ก่อนการทดลอง	21.96	1.76	26	21.97	.00
- หลังการทดลอง	11.15	1.70			

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ($M = 21.96$ $SD = 1.76$) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ($M = 21.96$ $SD = 1.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.97$, $p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น (n = 54)

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	21.96	1.76	22.85	1.66	26	19.60	.00
หลังการทดลอง	11.15	1.70	16.22	1.87			

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า (M = 22.86 SD = 1.66) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า (M = 16.22 SD = 1.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.60, p < .001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			df	t	p-value
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	21.96	10.81	1.76	22.85	6.63	1.66	52	7.09	.00
หลังการทดลอง	11.15			16.22					

จากตารางที่ 3 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 10.81$, SD = 1.76) ซึ่งได้รับการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 6.63$, SD = 1.66) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.09, p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

ได้ดำเนินการทดสอบสมมติฐานทั้งสองข้อดังนี้ จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น (M = 11.15, SD = 1.70) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น (M = 21.96, SD = 1.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 21.97, p < .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนั้นผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และลดความขัดแย้งภายในใจ ผ่านกิจกรรม “รู้จักฉันรู้จักเธอ และชีวิตที่ผ่านมา” ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ได้เรียนรู้และเพิ่มพูนทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดทักษะการตระหนัก

และเข้าใจตนเอง (Self-awareness and Self-understanding) ใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด (Therapeutic use of self) ได้พบทวนถึงความขัดแย้งภายในใจของตนเองที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า งานวิจัยออกแบบกิจกรรมเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด¹² ผลที่ได้คืออาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงจากเดิมมากกว่า 50% ทั้งนี้ในกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและรู้จักกับผู้บำบัดมากขึ้น จึงให้ผู้ป่วยได้สำรวจและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹³ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องความเปราะบางของความภาคภูมิใจในตัวเอง (Fragile self-esteem) ว่าการเห็นคุณค่าและความดีของตนเองส่งผลให้ทุกคนสามารถมองเห็นศักดิ์ศรี และความมีค่าของตนเองช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

ในส่วนองค์ประกอบที่ 2 กล่าวถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ในอดีต โดยผ่านกิจกรรมที่ 3 บุคลิกภาพที่ฉันเป็น, ใจของฉัน และกิจกรรมที่ 4 ปรับตัวใหม่ภายในใจเดียว คลายโกรธ

ลดเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นจุดที่ต้องปรับเปลี่ยน และ
ปรับการใช้กลไกทางจิต รู้ทักษะในการปรับตัวเมื่อเผชิญ
ปัญหากดดัน รู้จักทำให้ตนเองผ่อนคลายเวลาที่เกิดปัญหาไม่
สบายใจ ได้เรียนรู้การมองตนเอง ได้สำรวจบุคลิกภาพของตนเอง
สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการกับ
การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน¹⁴ ที่เน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วย
มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น หลังจากจบโปรแกรม กลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับอาการซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
ส่วนกิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมปรับตัวใหม่ คลายโกรธ ลดอาการเศร้า
ช่วยเติมเต็มศักยภาพของผู้ป่วยเข้าใจถึงกลไกทางจิตเมื่อ
รู้สึกเจ็บปวด และค้นหาที่มาของอารมณ์ที่ส่งผลต่ออาการ
ซึมเศร้า เช่น อารมณ์โกรธ ที่มาของความรู้สึกโกรธ หรือแนวทาง
ปฏิบัติที่เคยใช้ กิจกรรมนี้ช่วยผู้ป่วยได้เรียนรู้การตอบสนอง
อารมณ์โกรธ สามารถปรับอารมณ์ให้เข้าสู่ภาวะสมดุลโดยเร็ว
ซึ่งทำให้รู้สึกว่าการตนเองมีพลังอำนาจ สามารถเผชิญปัญหา หรือ
เผชิญความเครียด จัดการอารมณ์โกรธได้เหมาะสม สอดคล้อง
กับงานวิจัยเรื่องความโกรธกับอาการซึมเศร้า ผลการศึกษา
ทั้งหมดชี้ให้เห็นไปในทางเดียวกันว่า เมื่อบุคคลมีอารมณ์โกรธ
แล้วเก็บกดอารมณ์โกรธไว้กับตนเองไม่กล้าแสดงออก จะหัน
ความโกรธเข้าสู่ตนเอง (Directed toward the self) และใช้
กลไกการป้องกันตนเองแบบโทษตนเอง (Introjection)
เก็บกด (Repression) และแบบผินทำให้ตรงข้ามกับความรู้สึก
ที่แท้จริง (Reaction formation) หากไม่ปรับตัวหรือเข้าใจวิธี
คลายความโกรธที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดอาการเศร้าได้
(Depression) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้และจัดการอารมณ์
และควบคุมความโกรธได้เหมาะสมจะช่วยลดอาการซึมเศร้า
ลงได้¹⁰

องค์ประกอบที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางจิตที่ไม่
เหมาะสม ผ่านกิจกรรมที่ 5 “กลไกทางจิต และกิจกรรมที่ 6
“รู้ทันกลไกทางจิตและคุณค่าในตัวเอง”ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย
ได้วิเคราะห์และประเมินกลไกทางจิตของตนเองในกรณีเกิด
อาการซึมเศร้า ได้ทราบถึงการจัดการอารมณ์ตนเองที่เหมาะสม
ได้ทบทวนถึงการปรับตัวการเลือกใช้กลไกทางจิตเมื่อได้รับแรง
กดดันภายในใจของตนเอง ได้เข้าใจลักษณะเฉพาะของแต่ละ
บุคคลที่ทำให้ตัวตนมีความแตกต่างกันตามช่วงพัฒนาการชีวิต
ซึ่งการใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้า
สอดคล้องกับการศึกษาการใช้กลไกทางจิตกับสุขภาพจิตในผู้ติด
เชื้อเอชไอวี¹⁵ พบว่าส่วนใหญ่ใช้กลไกทางจิตแบบการแปลสภาพ

บิดเบือน (Image distorting) มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้าน
อาการซึมเศร้า อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ซึ่งการใช้กลไกทางจิตแบบ
ไม่เหมาะสม บิดเบือนการรับรู้และไม่ยอมรับความเป็นจริง
มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ส่วนกิจกรรมที่ 6 “รู้ทันกลไก
ทางจิตและคุณค่าในตัวเอง” กิจกรรมนี้ส่งเสริมความมั่นใจว่าตัว
เองเข้าใจสาเหตุสามารถก้าวผ่านความขัดแย้งในใจที่ผ่านมา
การมองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย
ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังได้
รับการสร้างความเข้มแข็งทางใจมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความ
สามารถในการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมาย
ในชีวิต มีทักษะในการเผชิญปัญหาและความเข้มแข็งทางใจช่วย
ลดอาการซึมเศร้าได้

การออกแบบกิจกรรมตามองค์ประกอบทั้ง 3 รวมไปถึง
ถึงในช่วงกิจกรรมที่ 7 และ 8 ที่ช่วยเติมเต็มให้ผู้ป่วยพร้อมแล้ว
ที่จะมีชีวิตใหม่ที่มีส่วนใหญ่มิมีแนวทางและการจัดการปัญหาของ
ตัวเองในทางสร้างสรรค์มากขึ้น ผู้ป่วยได้สะท้อนถึงความพึง
พอใจในการปรับเปลี่ยนวิธีแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิผลมากขึ้น
ระบุเป้าหมายชีวิตหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลและหลักการ
แก้ปัญหาเดิมหรือปัญหาใหม่ๆ ที่อาจจะกลับเข้ามา

ในการวิเคราะห์ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับการ
บำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 10.81$)
มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่ม
ควบคุม ($\bar{D}_2 = 6.63$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t=7.09, p<.001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ตามตารางที่ 3 โดย
ผู้วิจัยขออภิปรายผลดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์
แบบสั้น จะช่วยลดความขัดแย้งภายในใจของผู้ป่วยส่งเสริมให้
เลือกใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมมากขึ้น และจัดการกับอารมณ์
โกรธที่หันเข้าหาตัวเอง มุ่งเน้นตัวตนที่สะสมอยู่ในจิตใจตาม
ช่วงของพัฒนาการชีวิต ทำให้การมองพฤติกรรมตัวเองของผู้
ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น เกิดความรู้คุณค่าในตัวเอง และ
มีความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและ
ทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถในการสื่อสารสร้างความ
สัมพันธ์ที่ดี และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง
โดยเลือกใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ไม่พยายามที่จะใช้วิธีการ
หลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ลดความ
รู้สึกคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก
ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่ดีในอดีต เป็นผลให้อาการซึมเศร้า

ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิธีการรักษาทางจิตเวชระยะสั้นสำหรับโรคซึมเศร้าที่สนับสนุนโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ 11 พบว่าการบำบัดจิตพลวัตแบบสั้นมี 7 ข้อคือ การเตรียมผู้ป่วยตามหลักสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจให้มองเห็นคุณค่าในตัวเองและการตั้งเป้าหมายการรักษาโรคซึมเศร้า การให้ความรู้และเพิ่มทักษะที่ช่วยลดอาการซึมเศร้า จัดการอารมณ์โกรธ ช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจสาเหตุที่ซึมเศร้าผ่านความขัดแย้งใจและกลไกทางจิตที่เคยใช้ ความอ่อนไหวทางความเชื่อ และการยุติการบำบัดและการป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 16.22$, $SD = 1.87$) ต่ำกว่าก่อนการบำบัด ($M=22.85$, $SD = 1.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.60$, $P < .001$) ตามตารางที่ 2 แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าตามตารางที่ 3 พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น ผลจากการปฏิบัติตามขั้นตอนมาตรฐานเหล่านี้ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($M = 11.15$, $SD = 1.70$) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทํางานวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมจิตบำบัดสามารถนำการบำบัดจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น ไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายบุคคล โดยนำเทคนิคการวิเคราะห์กลไกทางจิต การเข้าใจกลไกทางจิต การปรับใช้กลไกทางจิต และการปรับอารมณ์โดยเทคนิคทั้งหมดนี้ไปสู่การลดอาการซึมเศร้า

2. การนำโปรแกรมไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรมบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรทีมสุขภาพผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมบำบัดแบบจิตพลวัตประยุกต์แบบสั้นขยายผลไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยอื่นๆ

References

1. Vipulakorn, P. Department of Mental Health, Thai Mental Health Survey. Retrieved 2015. (In Thai).
2. Sadock, J.B., & Sadock, A.V. Synopsis of psychiatry. (11thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2016.
3. Akwarangkoon S. Roojak Doolae Khaojai Phawa Suemsao, Bangkok. 2012. (In Thai)
4. Beck, A.T. Depression. Harper and Row: New York. 1967
5. Pliankerd P., Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2014; 15 (1), 18-21. (in Thai)
6. Christopher Perry J., Michael Bond, Addressing Defenses in Psychotherapy to Improve Adaptation. A Topical Journal for Mental Health Professionals. 2017; 37:153-66
7. Nezu, A. M., & Nezu, C. M. Problem solving. In W. T. O' Donohue & J. E. Fisher (Eds.), Cognitive behavior therapy: Core principles for practice. 2012; 159-82.
8. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De MS, et al. Short- term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Systematic Review. 2014: 71-87.

9. Driessen E, Hegel Maier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJ, Van HL, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical Psychiatry Reviews*. 2015; 42:115.
10. Eppel A., *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Springer International Publishing AG .2018; 225(1): 149-85.
11. Leichsenring F, Schauenburg H. empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression-towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective disorders*. 2014:128-43.
12. Gibbons, M. B. C., et al, Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: A pilot effectiveness trial for the treatment of depression. *Psychotherapy*. 2012; 49(3): 303-16.
13. Huannet P. et al, the effect of the resilience enhancement on self- esteem of self-esteem of depressive patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32 (2): 39-50. (in Thai)
14. Tangtekakul S., The effect of integrated perceived stressful life event management program on depression of depressive disorder patients in community. *The journal psychiatric nursing and mental health*. 2017; 31(1): 133-47. (in Thai)
15. Kaewsawang T., Defense Mechanism and Mental Health in HIV Infected Patients. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2018; 13(2): 39-49 (in Thai).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง ต่อทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร่อง ของทักษะการคิดเชิงบริหาร

The Effects of Promoting Parental Activity Organizing Behaviors on Executive Function (EF) among Preschool Children with EF Impairment

อุษา โถหินัง พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ ณัฐยา ศรีทะแก้ว*

Usa Thohinung Pilailak Rojanaprasert Nuttaya Sritakaew*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี อำเภอธัญบุรี ปทุมธานี 12110

Faculty of Nurse, Raja Mangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani, Thailand 12110

บทคัดย่อ

ทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) เป็นทักษะการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อความสามารถของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นทางการศึกษาวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร่องของทักษะ EF 60 คน และผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้ 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการศึกษาพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีระดับทักษะ EF สูงขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean 3.17, SD 1.23) เป็นระดับดี (Mean 4.13, SD 9.4) โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองช่วยพัฒนาทักษะ EF สำหรับเด็กทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีระดับทักษะ EF สูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะ EF ให้บุตรหลานของตน การนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะ EF สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนควรนำไปใช้จริง โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ

คำสำคัญ: ทักษะการคิดเชิงบริหาร, พฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง, ผู้ปกครอง, เด็กก่อนวัยเรียน

Abstract

Executive function (EFs) is learning skills that affect the abilities of pre-schoolers. This quasi-experimental study examined the effectiveness of the parent's activity behaviour promotion program on preschool children's EFs at the Child Development Center, Bueng Yitho Municipality, Pathum Thani Province. Purposive sampling was used to select the sample. Total of 60 preschool children with a deficit in EFs and their parents included. Descriptive statistics and Paired t-test were used for data analysis. The preschool children in the experimental group had a higher EFs, from moderate (Mean = 3.17, SD = 1.23) to good (Mean = 4.13, SD = 9.4). In addition, the experimental group of preschool children had statistically significantly higher EFs

Corresponding Author: * E-mail address master_nok@hotmail.com

วันที่รับ (received) 27 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ก.ย. 2565

than the control group in all dimensions ($p < .001$). Parents play an essential role in developing EFs for their children. Therefore, the program to promote the behaviour of parents' activities to develop an EFs for preschool children should be implemented, especially in child development centers across Thailand.

Keywords: Executive function (EF), parental activity organizing behaviours, parent, pre-schooler

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่เหมาะสมในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) ทักษะ EF ช่วยวางรากฐานสำหรับทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจของเด็ก ในขณะที่เด็กมีทักษะ EF ช่วยให้เด็กสามารถตั้งเป้าหมายของตนเองและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง และช่วยให้เด็กพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตได้^{1,2} นอกจากนี้ทักษะ EF ยังสร้างความสามารถในการเรียนรู้ สนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมทางบวก ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีกว่า และสร้างทักษะที่สำคัญสำหรับเด็กในการดำรงชีพ³ การที่เด็กที่มีความพร่องในทักษะ EF ส่งผลให้เกิดปัญหาในการควบคุมตนเอง หุนหันพลันแล่น สมาธิสั้น และในระยะยาวสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลเสียต่อการเรียน การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เด็กที่มีปัญหาทักษะ EF มักมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ขาดเรียน พฤติกรรมก้าวร้าว สูบบุหรี่ ดัดจริต เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ ติดการพนัน ใช้สารเสพติดและเข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชญากรรม¹ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติรายงานว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่มีปัญหาจากวัยเด็กและไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ EF โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และออกจากโรงเรียน⁴ จากการประเมินพัฒนาการเด็กไทยปี 2562 โดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM) ใน 4 ภูมิภาค 12 เขตอนามัยทั่วประเทศ พบว่า เด็กไทย 29.5% สงสัยพัฒนาการล่าช้า⁵ ในขณะเดียวกันพบเด็กไทยที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า 26.6% ในปี 2563⁶ นอกจากนี้ประเทศไทยยังประสบปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดยาเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร⁷ ตามรายงานพบว่าเยาวชนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การยึดมั่นในวัฒนธรรมการติดยาเสพติด ปัญหาความรุนแรง และการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิด⁸

ประเทศไทยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเด็กทุกวัย เด็กควรมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการคิด

วิเคราะห์ และมีความคิดสร้างสรรค์ หลายหน่วยงานในประเทศไทยได้กำหนดนโยบายและพัฒนาเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกองค์ประกอบ¹³ มีการคัดกรองพัฒนาการของเด็กไทยโดยใช้เครื่องมือหลายประเภท เช่น คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II (Denver Developmental Screening Test II : DDST) แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (อนามัย 55)^{8,14} การส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างรากฐานทางปัญญาให้กับเด็ก ช่วยให้เด็กมีภูมิคุ้มกันและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ทักษะ EF จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนากระบวนการคิดของเด็ก ด้วยเหตุนี้หน่วยงานต่าง ๆ จึงพยายามอำนวยความสะดวกในการพัฒนาทักษะ EF อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเด็กก่อนวัยเรียนต้องการให้ผู้ปกครองช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้มีทักษะ EF ที่ดีขึ้นตามวัย การจะประสบความสำเร็จในการส่งเสริม ทักษะ EF ผู้ปกครองมีบทบาทที่สำคัญ ผู้ปกครองที่มีทักษะ EF ที่ดีพบว่าเด็กก็มีความสามารถ ทักษะ EF ที่ดีเช่นเดียวกัน⁷ จากผลการศึกษาการเลี้ยงดูเด็กและทักษะ EF ของเด็กในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โรงเรียนพบว่า การเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกในระดับที่สูงในช่วงที่ถูกเปลี่ยนมาเรียนในโรงเรียนมีส่วนทำให้เกิดความมั่นคงด้านทักษะ EF ของเด็ก⁸ นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองและทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนและเยาวชนที่ถูกอุ้มกอดแลมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการพัฒนาทักษะ EF สำหรับเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น การส่งเสริมทักษะ EF ควรเริ่มตั้งแต่อายุระหว่าง 1-6 ปี เนื่องจากสมองส่วนหน้ามีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด³ ทักษะ EF เป็นทักษะที่ควบคุมโดยกลีบสมองส่วนหน้า ช่วยควบคุมอารมณ์และการกระทำจนกว่าจะมีพฤติกรรมตามที่มุ่งหมาย⁴ ทักษะ EF ในวัยเด็กเป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับตัวในบริบทต่างๆ รวมทั้งการปรับตัวเมื่อเข้าโรงเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าทักษะ EF ช่วยให้เด็กมีความยืดหยุ่นในการรับรู้และการ

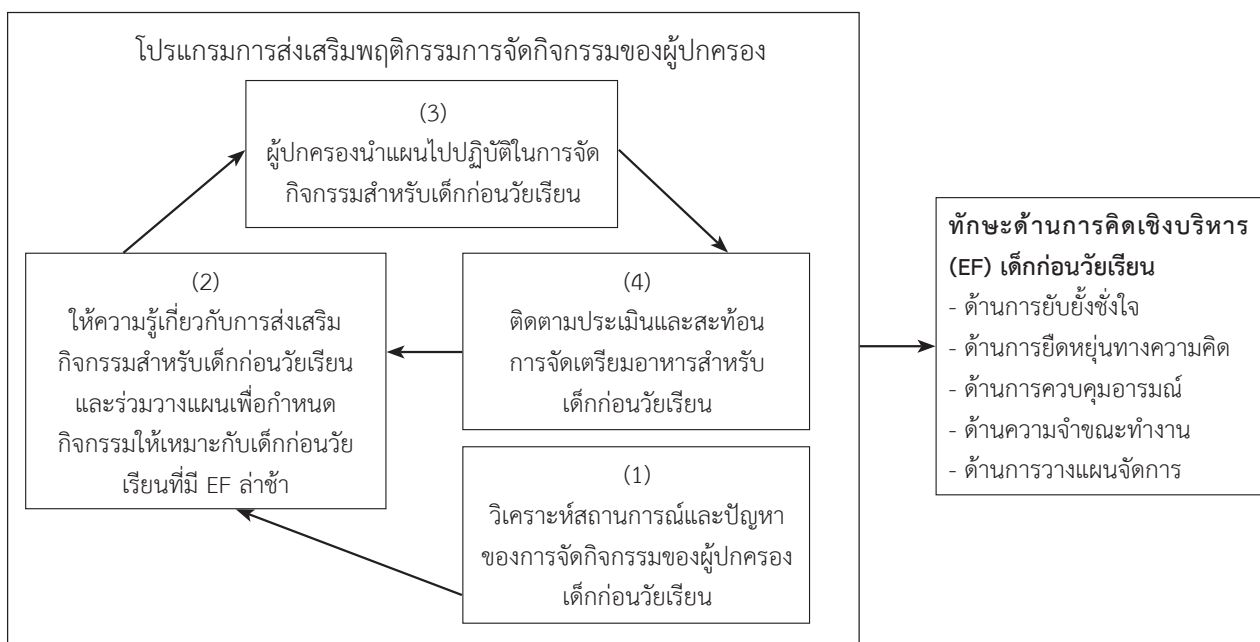
ควบคุมอารมณ์ของตนเอง⁵

ดังกล่าวการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนบุตรหลานของตนอย่างเหมาะสม สามารถส่งเสริมพัฒนาการทางปัญญาได้⁶ ผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้แนวคิดใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviour : TPB) ของ Ajzen เพื่อสร้างกรอบแนวคิดผลการวิจัยคาดว่าจะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องในทักษะ EF เพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับการพัฒนา สร้างความพร้อมในการเรียนรู้ และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับเด็กในช่วงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทักษะ EF ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทักษะ EF ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทักษะ EF ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

รูปที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อการพัฒนาทักษะ EF เด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร่องของทักษะ EF



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองเป็นอย่างไร
2. ทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทักษะ EF ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการดูแลเด็กแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁰ เพื่อระบุปัญหาและวางแผนกิจกรรมจากผู้ปกครองสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน และประเมินทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียน การประเมินทักษะ EF ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ (1) การยับยั้งชั่งใจ (Inhibit) (2) การยืดหยุ่นความคิด (Shift) (3) การควบคุมอารมณ์ (Emotional control) (4) ความจำขณะทำงาน (Working memory) และ (6) การวางแผนจัดการ (Plan/Organize) ในส่วนของการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹¹ (Theory of Planned Behaviour: TPB) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มพูนทักษะของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มก่อนและหลัง มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อการพัฒนาทักษะ EF ของเด็ก ก่อนวัยเรียน ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กจะได้รับการดูแลตามปกติของผู้ปกครอง

ประชากร คือ ผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่งของเทศบาลปึงยี่ไถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี มีจำนวนเด็ก ก่อนวัยเรียน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้ Power and Sample size program โดยกำหนดให้มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจ การทดสอบ (power analysis) .80 ได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 60 คู่ (ผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ถึง 6 ปี ที่มีความพร่องทางทักษะ EF โดยทำการประเมินทักษะ EF เด็กวัยก่อนเรียนทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 4 แห่ง และ ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการคัดเลือก 2) เป็นเด็กที่ไม่มี โรคประจำตัวและไม่มีคามพิการใด ๆ

เกณฑ์คัดออก ผู้ปกครองที่ปฏิเสธที่จะเข้าร่วม โครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินทักษะ EF สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้เครื่องมือ (MU.EF-101-102)¹ แบบสอบถาม มีจำนวน 32 ข้อ เป็นมาตรฐาน Likert scale 5 ระดับ เครื่องมือประเมินทักษะ EF นี้พัฒนาขึ้นสำหรับการประเมิน ทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี จากเด็กไทยทั้งหมด 2,965 คน ในทุกภูมิภาคได้รับการทดสอบ นักวิจัยได้รับการฝึกอบรมและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษานี้

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมผู้ปกครอง ในการส่งเสริมทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียน ได้รับการพัฒนา โดยผู้วิจัยจากคู่มือเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในการ จัดการภูมิคุ้มกันในชีวิต¹¹ และแบบจำลองทางนิเวศวิทยา

และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ¹² ประกอบด้วย คำถาม 46 ข้อ เป็นมาตรฐาน Likert scale 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ที่ 0.8 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้พบค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถาม (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96

3. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรม ของผู้ปกครอง พัฒนาโดยนักวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการส่งเสริมทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียน การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองตามแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen เพื่อเปลี่ยนการรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์การ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 คน และกุมารแพทย์ 1 คน คำนวณ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 1 นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ปกครอง 7 คน ในพื้นที่เดียวกันและนักวิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมตาม ข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval :COA) เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC: 2564/13 และผู้วิจัยได้ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครอง ของเด็กก่อนเก็บข้อมูล แล้วจึงประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย การเก็บความลับ การลงนาม ในหนังสือให้ความยินยอมรวมถึงการนำเสนอผลงานในภาพรวม และมีสิทธิ ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การถอนตัวจากโครงการไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิต่าง ๆ ที่ พึงได้รับและการนำเสนอข้อมูลวิจัยไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 ถึงมีนาคม 2565 ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม: ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับบุตรหลานตามปกติ

2. กลุ่มทดลอง: สัปดาห์ 1 ผู้ปกครองทำการวิเคราะห์ปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม

สัปดาห์ 2 นักวิจัยให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องการส่งเสริมทักษะ EF โดยใช้คู่มือสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

สัปดาห์ 3 นักวิจัยให้ความรู้สำหรับผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก เพื่อส่งเสริมทักษะ EF

สัปดาห์ที่ 4 ระดมสมองในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก และให้ผู้ปกครองฝึกทักษะในการจัดกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5 ถึง 15 ผู้ปกครองจัดกิจกรรมตามแผน โดยนักวิจัยและผู้ปกครองจะประเมินปัญหาจากสัปดาห์ที่ผ่านมาเพื่อนำไปวางแผนในสัปดาห์ต่อไป ผู้ปกครองเขียนบันทึกกิจกรรมทุกวัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ การประเมินทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังทดลองและระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองทั้งหมด 60 คน อายุเฉลี่ย 33.24 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กร้อยละ 79.3 เป็นบิดามารดา รองลงมาร้อยละ 20.7 เป็นปู่ย่าตายาย ด้านการศึกษาร้อยละ 39.4 จบชั้นประถม รองลงมาชั้นมัธยมและปริญญาตรีร้อยละ 37.9 และ 22.7 ตามลำดับ และมีสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 63.4 มีสมาชิกระหว่าง 1-2 คน รองลงมา 3-5 คนและ 6-8 คนร้อยละ 23.3 และ 13.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง คิดเป็นร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง	ผู้ปกครองทั้งหมด 60 (N = 60)
	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	17 (28.3)
- หญิง	43 (71.7)
อายุเฉลี่ย = 33.24 ปี ต่ำสุด = 18 ปี สูงสุด = 60 ปี (M = 33.24, S.D. = 9.86)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก	
- บิดา-มารดา	48 (79.3)
- ปู่ย่า-ตายาย	12 (20.7)
การศึกษา	
- ประถม	24 (39.4)
- มัธยม	23 (37.9)
- ปริญญาตรี	15 (22.7)
จำนวนคนในครอบครัว	
- 1-2 คน	38 (63.4)
- 3-5 คน	14 (23.3)
- 6-8 คน	8 (13.4)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงทักษะ EF (EFs) เด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ตารางที่ 2)

หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองมีทักษะ EF เพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยคะแนนรวมทักษะ EF สูงขึ้นจากระดับพอใช้ (Mean = 3.17, SD = 1.23) เป็นระดับดี (Mean = 4.13, SD = 0.94) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของทักษะ EF (EFs) เด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทักษะ EF	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			p-value
	M	SD	EFs	M	SD	EFs	
การยับยั้งชั่งใจ	2.37	1.13	ควรพัฒนา	3.73	.98	ปานกลาง	.000
การยืดหยุ่นความคิด	2.87	.78	ควรพัฒนา	4.07	1.08	ดี	.000
การควบคุมอารมณ์	2.47	1.28	ควรพัฒนา	3.87	1.14	ปานกลาง	.000
ความจำขณะทำงาน	2.83	1.37	ควรพัฒนา	4	1.15	ดี	.000
การวางแผนจัดการ	3.13	1.33	ปานกลาง	4.23	1.00	ดี	.000
ทักษะ EF รวมทุกด้าน	3.17	1.23	ปานกลาง	4.13	.94	ดี	.000

M<2 ควรปรับปรุง M 2-2.99 ควรพัฒนา M 3-3.99 ปานกลาง M 4-5 ดี $p^* < .001$

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงทักษะ EF เด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ (ตารางที่ 3)

ก่อนเข้าสู่โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทักษะ EF ไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองเป็นเวลา 15 สัปดาห์ พบว่าทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลอง (Mean = 4.13, SD = 0.94) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 3.04, SD = 0.89) จากทักษะ EF ระดับปานกลางเป็นระดับดี และคะแนนทักษะ EF ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงทักษะ EF (EFs) เด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ

ทักษะ EF	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
	M	SD	EFs	M	SD	EFs	
ก่อนการทดลอง							
การยับยั้งชั่งใจ	2.37	1.13	ควรพัฒนา	2.80	.71	ควรพัฒนา	.091
การยืดหยุ่นความคิด	2.87	.78	ควรพัฒนา	2.80	1.16	ควรพัฒนา	.807
การควบคุมอารมณ์	2.47	1.28	ควรพัฒนา	2.43	1.19	ควรพัฒนา	.913
ความจำขณะทำงาน	2.83	1.37	ควรพัฒนา	3.37	1.35	ปานกลาง	.123
การวางแผนจัดการ	3.13	1.33	ปานกลาง	3.17	1.09	ปานกลาง	.918
ทักษะ EF รวมทุกด้าน	3.17	1.23	ปานกลาง	3.37	.92	ปานกลาง	.506

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงทักษะ EF (EFs) เด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ (ต่อ)

ทักษะ EF	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
	M	SD	EFs	M	SD	EFs	
หลังการทดลอง							
การยับยั้งชั่งใจ	3.73	.98	ปานกลาง	2.80	.71	ควรพัฒนา	.000
การยืดหยุ่นความคิด	4.07	1.08	ดี	2.80	1.16	ควรพัฒนา	.000
การควบคุมอารมณ์	3.87	1.14	ปานกลาง	2.43	1.19	ควรพัฒนา	.000
ความจำขณะทำงาน	4.0	1.15	ดี	3.37	1.35	ปานกลาง	.000
การวางแผนจัดการ	4.23	1.01	ดี	3.17	1.09	ปานกลาง	.000
ทักษะ EF รวมทุกด้าน	4.13	.94	ดี	3.40	.89	ปานกลาง	.000

M<2 ควรปรับปรุง M 2-2.99 ควรพัฒนา M 3-3.99 ปานกลาง M 4-5 ดี $p^* < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่าหลังจากผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ทำให้ทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร่องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ปกครองจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนและปรับปรุงทุกสัปดาห์ผ่านกระบวนการตามที่กำหนดไว้ มีการจัดระบบการจัดกิจกรรมสำหรับบุตรหลานอย่างเป็นระบบ หลังจากผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 15 สัปดาห์ ทำให้ทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียนได้รับการพัฒนาจากระดับปานกลางไปสู่ระดับดี นอกจากนี้หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีระดับทักษะ EF สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาทักษะ EF ของเด็ก เนื่องจากเด็กให้ความไว้วางใจผู้ปกครองมากที่สุดและผู้ปกครองสามารถสื่อสารกับเด็กในวัยนี้ได้เป็นอย่างดี^{2,4,10} ดังนั้นเด็กจึงมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ปกครองจัดขึ้น ในกิจวัตรประจำวันทำให้เด็กก่อนวัยเรียนได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่ผู้ปกครองจัดขึ้น ทำให้มีการพัฒนาทักษะ EF ตามที่ผลการวิจัยได้นำเสนอข้างต้น

จากการศึกษาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครองเป็นรายบุคคล โดยให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลและความรู้ และการช่วยให้คำปรึกษากับผู้ปกครอง สามารถสร้างความตระหนัก ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงข้อมูล

ที่สำคัญ และทำให้ผู้ปกครองสามารถเลือกใช้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้¹³ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย แต่มีผู้ปกครองเพียงไม่กี่คนที่มีความรู้และแนวทางที่ดีในการช่วยส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัย¹⁴ ความรู้ พัฒนาการเด็กและรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กัน¹⁵ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ และมีแนวทางการสร้างทักษะ EF สำหรับบุตรหลานของตนเองอย่างเหมาะสมผ่านการทำกิจกรรมประจำวัน นอกจากนี้ผู้ปกครองยังได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้มีทักษะในการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน และมีการปรับปรุงทุกๆ สัปดาห์ การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการทักษะ EF ของเด็กก่อนวัยเรียน ตัวอย่างเช่น ผู้ปกครองเห็นว่าไม่เหมาะสมสำหรับเด็กที่จะต้องทำกิจกรรมที่หลากหลายเพราะเด็กยังเล็กเกินไป ผู้ปกครองกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นพวกเขาจึงรอให้เด็กโตจนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ นอกจากนี้ผู้ปกครองรู้สึกว่าการให้ความรู้สำคัญกับการเรียน/การศึกษามากที่สุด⁶ การรับรู้เหล่านี้ทำให้ผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการทำกิจกรรมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลสำคัญเรื่องทักษะ EF ช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ปกครอง ให้มีแนวทางการปรับปรุงการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนเชิงบวกให้กับผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรม

ทัศนคติเชิงบวกมีผลต่อการสร้างทักษะ EF สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนและจากการศึกษาทักษะ EF ในเด็กพบว่า เด็กที่มีความพร้อมทางพัฒนาการและทักษะ EF เกิดจากการไม่มีเวลาจากพ่อแม่ การศึกษานี้ยังพบว่า 77.9% ของผู้ปกครองมีเวลาทำกิจกรรมกับลูกเพียงสัปดาห์ละครั้งเท่านั้น นอกจากนี้ 31.6% ของเด็กดูทีวีมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มองว่าเด็กจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเรียนมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ และเด็กจะไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนหากใช้เวลาไปกับกิจกรรมต่างๆ มากเกินไป¹⁶ การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองประยุกต์ ใช้ทฤษฎี Planned Behaviour ซึ่งเป็นแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹² จากรายงานวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กับเจตนาในการควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความเชื่อ¹⁷ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองสำหรับเด็กตามทฤษฎีของ Ajzen โดยมีการช่วยให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ ช่วยสนับสนุนความมั่นใจของผู้ปกครองในความสามารถของตนเอง และเข้าใจจุดอ่อนของตนเอง เป็นผลให้เด็กมีทักษะ EF ดีขึ้นจากการที่ผู้ปกครองเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมของตนเองในการจัดกิจกรรมสำหรับบุตรหลานไปในทิศทางที่ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การสะท้อนกลับ และให้ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง ช่วยเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กในส่วนของการจัดหากิจกรรมให้กับเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองมีโอกาสได้ฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะการจัดกิจกรรมตามกำหนด การสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ปกครองโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติช่วยก่อให้เกิดการเลี้ยงดูที่ดี และช่วยส่งเสริมสุขภาพของเด็กเล็กให้มีพัฒนาการที่เหมาะสม¹⁸ การทบทวนอย่างเป็นระบบจากผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 102 คน จาก 33 ประเทศ ทำการประเมินผลกระทบของการพัฒนาเด็กปฐมวัยและผลการดูแลเด็กในวงกว้าง ผลการศึกษาพบว่าการเลี้ยงดูบุตรในช่วง 3 ปีแรกมีผลต่อการพัฒนาทักษะด้านภาษาของเด็กก่อนวัยเรียน ความคล่องตัว พัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ ความผูกพัน ช่วยลดปัญหาทางพฤติกรรม นอกจากนี้การเข้าไปมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร โดยการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติของพ่อแม่ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก¹⁹

นอกจากนี้การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง บูรณาการการเล่นในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน “การเล่น” เป็นชุดทักษะที่ส่งเสริมให้เด็กๆ เผชิญกับความท้าทายและเข้าใจความหมายของการแพ้-ชนะที่เกิดขึ้น การเล่นช่วยให้เด็กๆ พัฒนาทักษะการรู้หนังสือ สร้างทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้อื่น และส่งเสริมการจัดการตนเองทางอารมณ์¹² การเล่นเป็นที่รู้จักในฐานะเครื่องมือในการสร้างทักษะ EF ในเด็ก²⁰ ใช้โปรแกรมที่เน้นการเล่นเพื่อส่งเสริมทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าเด็กมีการพัฒนาที่ดีขึ้น 3 ด้าน ได้แก่ ความจำในการทำงาน ความยืดหยุ่นในการรับรู้ และการยับยั้งชั่งใจ การเล่นจึงเป็นกิจกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ในหลักสูตรที่มีอยู่สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนได้ง่าย รวดเร็ว และประสบความสำเร็จในการนำไปใช้ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน พบว่ากิจกรรมการเล่นของมารดามีความสำคัญในการช่วยให้เด็กพัฒนาทักษะทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีผลต่อการขัดเกลาทางสังคมของเด็ก²¹ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองส่งเสริมให้ผู้ปกครองผสมผสานการเล่นเข้ากับกิจกรรมประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะ EF สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพร้อมทักษะ EF เด็กก่อนวัยเรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเล่น นำไปสู่การพัฒนาทักษะ EF ทุกด้าน

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในช่วงการระบาดของ Covid-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา ผู้วิจัยจึงจัดประชุมออนไลน์ สลับกับการประชุมกลุ่มโดยตรง ในการประเมินปัญหาและการปรับกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. นำไปช่วยพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการวางแผนหลักสูตรสำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กหรือโรงเรียนเตรียมอนุบาลได้

2. การส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถพัฒนาทักษะ EF ในเด็กปฐมวัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อความสามารถทางปัญญาของเด็ก ร่วมกับคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กโรงเรียนอนุบาลเพื่อช่วยพัฒนาเด็กทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

3. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครอง เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการพัฒนาทักษะ EF ในเด็กก่อนวัยเรียน แนวทางการปรับปรุงทักษะ EF สำหรับบุคลากรในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ปกครองจะมีแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำไปศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะ EF โดยแยกเป็นรายด้าน เช่น เฉพาะด้านการยับยั้งชั่งใจและการควบคุมอารมณ์

References

1. Chutabhakdikul, N., Thanasetkorn, P., Lertawatsatrukul, O., & Ruksee N. Tool Development and Evaluation Criteria for Assessment of Executive Function in Early Childhood; 2017. (in Thai).
2. Klunklin P. Child and Adolescent Nursing: Growth and Development. Chiang Mai, Thailand: Smart Coating and Service; 2020.
3. Lohsomboon N, Boonyananta S. Art Learning Process to Promote Executive Function. Journal of Education Naresuan University. 2020; 23(3): 442-51. (inThai).
4. McCormack, T., & Hoerl, C. Children's future-oriented cognition. Advances in Child Development and Behavior. 2020; 58: 215-53.
5. Li, Q., Liu, P., Yan, N., & Feng, T. Executive Function Training Improves Emotional Competence for Preschool Children: The Roles of Inhibition Control and Working Memory. Frontiers in Psychology. 2020; 11: 347.
6. Thohinung, U., Boonyapuk, P., & Kodyee, S. Factors of Parental Behaviors on Promote Development of Executive Functions (EF) Early Childhood in Chiang Rai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 23(1): 344-52. (inThai).
7. Kao, K., Nayak, S., Doan, S. N., & Tarullo, A. R. Relations between parent EF and child EF: The role of socioeconomic status and parenting on executive functioning in early childhood. Translational Issues in Psychological Science. 2018; 4(2): 122-37.
8. Helm, A. F., McCormick, S. A., Deater-Deckard, K., Smith, C. L., Calkins, S. D., & Bell, M. A. Parenting and Children's Executive Function Stability Across the Transition to School. Infant and Child Development. 2020; 29(1).
9. Sosic-Vasic, Z., Kröner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., & Streb, J. The Association between Parenting Behavior and Executive Functioning in Children and Young Adolescents. Frontiers in Psychology. 2017; 8: 472.
10. Rebecca, A. M. Health Promotion of the Preschooler and Family In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong's Nursing Care of Infants and Children. St. Louis: Missouri. 2019; 380-90.
11. Hanmathe, S. A guide to executive function promotes life immunity. LRG; 2015.
12. Pantaewan P. Ecological model and health behavior change. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(2):7-15. (In Thai).
13. Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. Advocating for Behavior Change With Education. American journal of lifestyle medicine. 2017; 12(2): 113-6.
14. Taslima, B. (2019). Parental Knowledge, Attitudes and Practices in Early Childhood Development among Low Income Urban Parents. Universal Journal of Public Health. 2019; 7(5): 214-26. (inThai).
15. September, S. J., Rich, E., & Roman, N. Association Between Knowledge of Child Development and Parenting: A Systematic Review. The Open Family Studies Journal. 2017; 9: 1-14.

16. Imnamkhao, S., & Siripul, P. Executive Function (EF) in Early Childhood: A Concept Analysis. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2020; 30(3): 10-22.
17. McDermott MS., Oliver M., Svenson A., Simnadis T., Beck EJ., Coltman T., et al. The theory of planned behaviour and discrete food choices: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015;12(1):162.
18. Zepeda, M., Varela, F., & Morales, A. Promoting Positive Parenting Practices Through Parenting Education. In N. Halfon, T. Rice, & M. Inkelas (Eds.), *Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy; 2004.
19. Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 2021; 18(5):1-51
20. Gibb, R., Coelho, L., Van Rootselaar, N. A., Halliwell, C., MacKinnon, M., Plomp, I., & Gonzalez, C. L. R. Promoting Executive Function Skills in Preschoolers Using a Play-Based Program. *Frontiers in Psychology*; 2021.
21. Pitipat, A., Bhokkhabhubeth, S., Khamsripon, C., & Reungworaboon, S. Factors Related to Behaviors Promoting Toddler's Growth and Development of Toddler Caregivers. *Journal of Health and Nursing Research*. 2018; 34(3): 1-10. (inThai).

การพัฒนาโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น

Development of Online Acceptance and Commitment Program to Enhance Inhibitory Control on Cyberbullying in Adolescents

อเนชา รัตนธรรมทอง จุฑามาศ แหนจอห์น* วรากร ทรัพย์วิระปรกรณ์

Anecha Rattanatamtong Juthamas Haenjohn* Warakorn Supwirapakorn

หน่วยวิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจ และการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131

Brain Mind and Learning Research and Department Unit, Faculty of Education,

Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาออนไลน์เพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งและลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 60 คน ที่มีอายุ 12 -14 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่โรงเรียนบ้านบึงอุตสาหกรรมนุเคราะห์ ชลบุรี สุ่มแบ่งกลุ่มโดยการจับคู่คะแนนแบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่นเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบทดสอบสตรูป 2) มาตรวัดความหุนหันพลันแล่น 3) แบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และ 4) โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามปกติ การประเมินการควบคุมยับยั้งและการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 3 สัปดาห์

วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่มและหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบอนเฟอร์นี

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ หลังทดลองและระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงมีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์หลังทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การควบคุมยับยั้ง การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา

Abstract

The aims of this research are to develop the online acceptance and commitment program to enhance inhibitory control of cyberbullying among adolescents and to test its effectiveness. The sample selected by the cluster sampling consists of sixty junior high school students (12-14 years old) who were currently studying

Corresponding Author: E-mail: drhaenjohn@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ก.ย. 2565

at Banbung Uttasahakamnukhro School, Chonburi, Thailand. The subjects were divided into two groups (experimental and control groups) by using matched pairs of Cyberbullying questionnaire and Barratt Impulsiveness Scale. Each group had thirty students. The research instruments used in the research were Stroop Color and Word Test (SCWT), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), and Cyberbullying questionnaire (CBQ), and the online acceptance and commitment program to enhance inhibitory control of cyberbullying for adolescents (ACT-ICCB). Data were analyzed by using Repeated-Measures analysis of variance: one between-subject variable and one within-subject variable, and Bonferroni method.

The result showed that the students in the experimental group had a lower level of cyberbullying behaviors in the posttest and the follow-up period than that in the pretest period ($p < .05$). In addition, the finding revealed that the students in the experimental group had a lower level of cyberbullying behaviors in the posttest and the follow-up period than that in the control group ($p < .05$).

Keywords: Inhibitory Control, Cyberbullying, Acceptance and Commitment Program

บทนำ

การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สามารถสร้างความรุนแรงผ่านทางโลกออนไลน์ได้ตลอดเวลา และทุกทีที่มีสื่อเทคโนโลยี¹ ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีอารมณ์รุนแรง ขาดเหตุผลและขาดการควบคุมตนเอง² ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถปรับแก้ได้หากบุคคลรู้จักการควบคุมตนเองโดยการฝึกควบคุมยับยั้งพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง³

การควบคุมยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกิดจากการทำงานของสมองส่วน Prefrontal cortex (PFC) และบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่ในการควบคุมตนเองหรือยับยั้งการตอบสนอง ได้แก่ Dorsolateral prefrontal Cortex (DLPFC), Anterior cingulate cortex (ACC) และ Basal ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับกระบวนการควบคุมการรู้คิดและการตัดสินใจ⁴ ทั้งนี้การควบคุมยับยั้งยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยในการศึกษาความหุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมการช่วยเหลือของวัยรุ่นต่อการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่หุนหันพลันแล่นมากกว่าจะขาดพฤติกรรมช่วยเหลือในเหตุการณ์การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ซึ่งพฤติกรรมการช่วยเหลือต้องใช้ความสามารถในการยับยั้งซึ่งเป็นข้อบกพร่องในวัยรุ่นที่หุนหันพลันแล่น⁵ ดังนั้นการควบคุมยับยั้งจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนา เพื่อลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และเพื่อเป็นฐานที่ดีในการพัฒนาความจำใช้งานและการคิดยืดหยุ่น อีกทั้งเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมตนเองของบุคคลทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการแสดง

พฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

การควบคุมยับยั้ง (Inhibitory Control: IC) สามารถพัฒนาได้หลายวิธี เช่น การฝึกสติ การออกกำลังกาย การเล่นเกมคอมพิวเตอร์และเกมที่ไม่ใช่คอมพิวเตอร์ การปรับพฤติกรรมตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การจัดกิจกรรมการเสริมสร้างการกำกับตนเอง กิจกรรมสังเกตตนเอง การทำงานอดิเรก อาทิ การเล่นดนตรี ร้องเพลง เต้นรำ การแสดงละคร เป็นต้น⁶ การพัฒนาโดยผ่านกิจกรรมการฝึกปฏิบัติต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการควบคุมยับยั้ง บุคคลจำเป็นต้องมีสมาธิ สติ และความสนใจจดจ่อเป็นพื้นฐานในการเข้าร่วมปฏิบัติ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ ที่เกิดจากการบูรณาการแนวคิดพฤติกรรมนิยมและหลักการแนวคิดตะวันออกจากพุทธศาสนา อันได้แก่ สติ (Mindfulness) และการยอมรับ (Acceptance)⁷ ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ที่ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของหลักการปรัชญาบริบทนิยมเชิงหน้าที่ (Functional contextualism) ในการให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมภายนอก บริบทความจริงและเป้าหมาย กับทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational Frame Theory: RFT) ในการอธิบายกระบวนการทำงานของภาษาที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์ กระบวนการหลักของ ACT จึงประกอบด้วยการปรับพฤติกรรมการฝึกสติและการยอมรับ รวมถึงมีกระบวนการอื่นที่สามารถเสริมขึ้นมาตามลักษณะของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ตรงกับกรณีปัญหาที่ตรงตามตัวบุคคล เช่น การให้ความรู้ทางจิตวิทยา (Psycho-education) การฝึกทักษะเพื่อการสำรวจปัญหา การปรับแก้

พฤติกรรม⁷ อาทิ การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างหน้าที่
บริหารจัดการของสมองสำหรับวัยรุ่น⁸ การพัฒนาโปรแกรมฝึก
คิดแก้ปัญหาโดยใช้ทฤษฎีการยอมรับและพันธสัญญาในวัยรุ่น
และผู้ใหญ่ตอนต้นที่เสพติดสารแอมเฟตามีน⁹ และการพัฒนา
โปรแกรมการยืดหยุ่นทางการรู้คิดด้วยทฤษฎีการยอมรับและ
พันธสัญญาในนักเรียนชั้นประถมศึกษา¹⁰

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจแก้ไขต้นเหตุของปัญหา
การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในผู้ที่มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งผู้อื่น
โดยการเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งและลดพฤติกรรมการกลั่น
แกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธ
สัญญา โดยใช้เครื่องมือวัดการควบคุมยับยั้งด้วยแบบทดสอบ
สตรูป (Stroop Color and Word Test: SCWT) และมาตรวัด
ความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale: BIS-11)
และวัดการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วย แบบสอบถามการกลั่น
แกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying Questionnaire: CBQ)

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่น
แกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธสัญญา
สามารถเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งและลดพฤติกรรม
การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้หรือไม่ อย่างไร
2. โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่น
แกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธสัญญามี
ลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้ง
การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธ
สัญญาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

1. วิธีการพัฒนา

- 1.1 การได้รับโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญา
- 1.2 วิธีปฏิบัติได้แก่ การได้รับการจัดการเรียนการสอนปกติของ
โรงเรียน

2. ระยะเวลาการทดลอง

- 2.1 ก่อนทดลอง
- 2.2 หลังทดลอง
- 2.3 ระยะเวลาติดตามผล

การควบคุมยับยั้ง ประเมินโดย

- แบบทดสอบสตรูป (SCWT)
- มาตรวัดความหุนหันพลันแล่น (BIS-11)

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ประเมินโดย

- แบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (CBQ)



2. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมยับยั้งและพฤติกรรม
การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมยับยั้งและพฤติกรรม
การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะ
การทดลอง
2. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
การควบคุมยับยั้งหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
การควบคุมยับยั้งระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
การควบคุมยับยั้งหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
5. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
การควบคุมยับยั้งระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง
6. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุม
7. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ระยะติดตามผลต่ำกว่า
กลุ่มควบคุม
8. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์หลังทดลองต่ำกว่าก่อน
ทดลอง
9. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมี
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ระยะติดตามผลต่ำกว่า
ก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research design) เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 12-14 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โรงเรียนบ้านบึงอุตสาหกรรมนุเคราะห์ ชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) ในการตอบแบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยเลือกคนที่มีคะแนนสูงสุดลงไป 60 คน แบ่งเป็นเพศชาย 30 คน และเพศหญิง 30 คน และแบ่งกลุ่มโดยการจับคู่คะแนน (Matched pair) การประเมินการควบคุมยับยั้ง ที่ประเมินโดยแบบทดสอบ Stroop (Stroop Color and Word Test) และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale: BIS-11) แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยเป็นเพศชายกลุ่มละ 15 คน และเพศหญิงกลุ่มละ 15 คน การวิจัยนี้แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ก่อนทดลอง ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ที่ไม่มีปัญหาความบกพร่องทางด้านการพัฒนาการทางร่างกายและการเรียนรู้ ทำแบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการทำแบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ผ่านรูปแบบ Google Form ที่มีคะแนนสูงใกล้เคียงกันตั้งแต่ 2-11 คะแนน จำนวน 60 คน แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ Stroop โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัด และทำมาตรวัดความหุนหันพลันแล่นผ่านรูปแบบ Google Form เป็นคะแนนก่อนทดลอง (Pretest) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่คะแนนผลการทดสอบ Stroop และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา และกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามหลักสูตรปกติ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที รวมทั้งหมด 8 ครั้ง

3. หลังทดลอง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรับการทดสอบ Stroop แบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่นผ่านรูปแบบ Google Form เพื่อศึกษาความแตกต่าง

4. ระยะติดตามผล ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมรับการทดสอบ Stroop แบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์และมาตรวัดความหุนหันพลันแล่นผ่านรูปแบบ Google Form ในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ แล้วนำผลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เลขที่ IRB3-095/2564

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures analysis of variance : one between-subject variable and one within-subject variable)

2. เมื่อพบความแตกต่างทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีแบบบอนเฟอรอนี (Bonferroni method)

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบ Stroop (Stroop Color and Word Test, Children's version for ages 5-14: SCWT)¹¹ พัฒนาโดย Stroop และปรับปรุงโดย โกลเดนและคณะ ในปี 2003 เพื่อวัดความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองการอ่านคำเพื่อที่จะตอบสนองสิ่งที่เห็นแทน ประกอบด้วยกระดาษจำนวน 3 ใบ โดยแต่ละใบมี 100 รายการ ในกระดาษใบแรกเป็นการอ่านรายการสี (เช่น สีแดง สีเขียว) ที่พิมพ์ด้วยหมึกสีดำ กระดาษใบที่ 2 มีแถวของสิ่งเร้าที่ไม่ใช่คำ แต่ใช้เครื่องหมาย XXXX ที่พิมพ์ด้วยสีที่ต่างกันและให้อ่านชื่อสีของสิ่งเร้านั้น ๆ ในกระดาษใบสุดท้ายคำจะถูกพิมพ์ด้วยสีที่แตกต่างจากคำนั้น (เช่น สีน้ำเงินพิมพ์ด้วยหมึกสีเขียว) และต้องอ่านชื่อสีแทนที่จะอ่านคำนั้น ในแต่ละส่วนจะกำหนดเวลา 45 วินาที ในการอ่านรายการให้ได้มากที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) เท่ากับ .73

2. มาตรวัดความหุนหันพลันแล่น (Barratt Impulsiveness Scale: BIS-11)¹² ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการแปลเป็นฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามจำนวน 30 ข้อ ซึ่งข้อคำถามอธิบายถึงพฤติกรรมและความชอบทั่วไปที่เกี่ยวข้อง

ความหุนหันพลันแล่นหรือไม่หุนหันพลันแล่น (โดยการแปลคะแนนแบบย้อนกลับ) โดยตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าคะแนน 4 ระดับ ได้แก่ 1 คือ ไม่เคย 2 คือ บางครั้ง 3 คือ บ่อยครั้ง และ 4 คือ เป็นประจำ และวิเคราะห์ผลประเมินจากคะแนน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) เท่ากับ .82

3. แบบสอบถามการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying Questionnaire: CBQ)¹³ ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น อายุ 12-17 ปี ซึ่งผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการแปลเป็นฉบับภาษาไทย จากมหาวิทยาลัยเดอัสโต (University of Deusto) ประเทศสเปน ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ที่ทำโดยผู้ตอบแบบสอบถามเอง (self-report) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ทุกข้อตอบเป็นคะแนนในระดับจาก 0 คือ ไม่เคย 1 คือ บางครั้ง และ 2 คือ บ่อยครั้ง โดยวิเคราะห์ผลประเมินจากความบ่อยของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ตามระดับคะแนน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) เท่ากับ .96

4. โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธสัญญา เพื่อเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งและลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดและหลักการของทฤษฎีการยอมรับและพันธสัญญา และแนวคิดของการควบคุมยับยั้งจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านจิตวิทยา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาศาสตร์การรู้คิด รวมทั้งหมด 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับนิสิตปริญญาโท มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จำนวน 6 คน ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความคล่องแคล่วในการดำเนินการตามโปรแกรม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบึงมณีวิทยาคาร จังหวัดชลบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย SCWT ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่างกันเล็กน้อย ต่อมาหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นมาก ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงมากในระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลับมีคะแนนในทิศทางที่ลดลง สรุปได้ว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดสอบ

คะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย BIS-11 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนใกล้เคียงกัน ต่อมาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนต่างต่ำกว่าก่อนการทดลองมากและต่างจากกลุ่มควบคุมมาก ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนค่อนข้างคงที่ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มทดลอง กลับมีคะแนนในทิศทางที่สูงขึ้นในระยะติดตามผล สรุปได้ว่าลักษณะ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดสอบ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนใกล้เคียงกัน ต่อมาหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมาก ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงเล็กน้อย และต่อมาในระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นค่อนข้างชัดเจน แต่กลุ่มควบคุมสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ลักษณะของกราฟดังกล่าวแสดงว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดสอบผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย SCWT ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย SCWT ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		SS	MS	F	P	η^2
	M	SD	M	SD					
ก่อนทดลอง	-20.100	8.907	-19.167	8.583	13.067	13.067	.171	.681	.003
หลังทดลอง	-18.967	8.282	-21.267	8.283	79.350	79.350	1.157	.287	.020
ติดตามผล	-20.133	10.082	-22.067	7.497	56.067	56.067	.710	.403	.012
SS	26.467		134.600						
MS	13.233		67.300						
F	.277		14.895*						
P	.759		.000						
η^2	.009		.339						

*P < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย SCWT ไม่แตกต่างกันทั้งหลังทดลอง และระยะติดตามผล

นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ขณะที่

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย BIS-11 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลแสดง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย BIS-11 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		SS	MS	F	P	η^2
	M	SD	M	SD					
ก่อนทดลอง	65.000	8.574	65.067	8.124	.067	.067	.001	.975	.000
หลังทดลอง	62.867	9.024	65.100	7.595	74.817	74.817	1.076	.304	.018
ติดตามผล	63.233	9.213	65.100	9.213	52.267	52.267	.733	.395	.012
SS	78.067		.022						
MS	39.033		.011						
F	1.974		.004						
P	.148		.996						
η^2	.064		.000						

*P < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย BIS-11 ไม่แตกต่างกันทั้งหลังทดลอง และระยะติดตามผล

นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		SS	MS	F	P	η^2
	M	SD	M	SD					
ก่อนทดลอง	4.000	2.477	4.100	2.383	.150	.150	.025	.874	.000
หลังทดลอง	2.533	1.383	4.067	1.856	35.267	35.267	13.168*	.001	.185
ติดตามผล	2.767	1.569	4.100	1.668	26.667	26.667	10.171*	.002	.149
SS	37.267		.022						
MS	18.633		.011						
F	23.805*		.025						
P	.000		.976						
η^2	.451		.001						

*P < .05

แสดงดังตาราง 3

จากตาราง 3 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล

นอกจากนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมินโดย CBQ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล โดยการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

Group	Source	MD	SE	P
Experiment Group	Posttest – Pretest	-1.467*	.270	.000
	Posttest – Follow up	-.233	.141	.328
	Follow up – Pretest	-1.233*	.252	.000
Control Group	Posttest – Pretest	-.033	.182	1.000
	Posttest – Follow up	-.033	.122	1.000
	Follow up – Pretest	.000	.203	1.000

*P < .05

(Bonferroni) ดังตาราง 4

จากตาราง 4 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่ประเมินโดย CBQ ในระยะหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน ส่วนหลังทดลองกับติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนน การควบคุมยับยั้งที่ประเมินโดย SCWT และ BIS-11 พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง แต่คะแนนพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่ประเมิน โดย CBQ พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรม เสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วย ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา มีคะแนนการควบคุมยับยั้ง ที่ประเมินโดย SCWT และ BIS-11 ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลไม่ต่างกัน และนักเรียนกลุ่มทดลองมีผล คะแนนการควบคุมยับยั้ง หลังทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากนักเรียนกลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรม เสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วย ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การบูรณาการทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา ร่วมกับ แนวคิดทักษะการควบคุมยับยั้งและแนวคิดการกลั่นแกล้ง ทางไซเบอร์ โดยหลักการพื้นฐานที่ใช้ในการสร้างโปรแกรม ACT-ICCB ได้แก่ ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา ซึ่งเป็น แนวคิดที่มุ่งเน้นกระบวนการทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจตนเอง ได้มากขึ้น และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ยั่งยืนได้¹⁴ และกระบวนการหลักของ ACT ที่ประกอบด้วยการปรับ พฤติกรรม การฝึกสติ และการยอมรับ⁷ ส่งผลให้ไม่พบความ แตกต่างของการควบคุมยับยั้งที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรู้คิด แต่อย่างไรก็ตามในการสร้างโปรแกรม ACT-ICCB ได้บูรณาการการฝึกสติร่วมกับแนวคิดการควบคุมยับยั้งใน กิจกรรม อาทิ การฝึกสติที่ลมหายใจ การฝึกสติจดจ่อ การฝึก สสำรวจร่างกาย (Body scan) การฝึกหายใจเป็น 7/11 การฝึก พิจารณาเครื่องตีหมอน และกิจกรรมหยุดก่อน (Stop) เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของการ ควบคุมยับยั้งและการฝึกสติในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า การฝึกสติ มีผลต่อการพัฒนาการควบคุมยับยั้งในวัยรุ่นตอนต้น¹⁵ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนการควบคุมยับยั้งของกลุ่ม ทดลองก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า คะแนนการควบคุม ยับยั้งมีแนวโน้มดีขึ้น จากการเปลี่ยนอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดด้วย การกระตุ้นพฤติกรรมและการบำบัดด้วยการยอมรับและ พันธะสัญญาต่อการเรียนรู้ของหน้าที่บริหารจัดการสมอง การยับยั้งจิตใจและความยืดหยุ่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 45 คน พบว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมช่วยพัฒนาการเรียนรู้ ของหน้าที่บริหารจัดการสมอง การยับยั้งจิตใจและความยืดหยุ่น ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทันทีหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการกระตุ้น พฤติกรรมในการเรียนรู้ของหน้าที่บริหารจัดการสมองและ การยับยั้งจิตใจสูงกว่าการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะ สัญญาอย่างมีนัยสำคัญ และในระยะติดตามผล มีเพียงผล ของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในการเรียนรู้ของหน้าที่ บริหารจัดการสมองและการยับยั้งจิตใจเท่านั้นที่ยังคงมี เสถียรภาพ ขณะที่ผลของหน้าที่บริหารจัดการสมองไม่เสถียร หลังจากผ่านการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ไปสองเดือน¹⁶ รวมถึงงานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดด้วย การยอมรับและพันธะสัญญาต่อการควบคุมอารมณ์ หน้าที่ บริหารจัดการ และการลดพฤติกรรม ภายหลังการเลิกใช้ยา ในการบำบัดรักษา พบว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและ พันธะสัญญาต่อการควบคุมอารมณ์ หน้าที่บริหารจัดการ และการลดพฤติกรรม ภายหลังการเลิกใช้ยาในการบำบัดรักษา ไม่ได้ผลในการบำบัดรักษา¹⁷

3. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรม เสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วย ทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา มีคะแนนพฤติกรรมการ กลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตาม ผลต่างกัน และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีผลคะแนน พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ หลังทดลองและระยะ ติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุม ยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและ พันธะสัญญาช่วยให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการกลั่น

กลั่นแกล้งทางไซเบอร์ลดลง โดยโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา ช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้ความหมาย ความสำคัญ และวิธีการฝึกลูกอยู่กับปัจจุบัน รวมถึงฝึกลูกอยู่กับปัจจุบันผ่านการฝึกจดจ่ออยู่กับร่างกายและความคิด เพื่อให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการอยู่กับปัจจุบัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สถิติ และภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมปลายชาวจีน พบว่า การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สถิติ และภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ และงานวิจัยที่ศึกษาการทารุณทางอารมณ์ในวัยเด็กและการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่นผ่านการฝึกสติ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาโปรแกรมฝึกสติสำหรับวัยรุ่นที่ถูกทารุณทางอารมณ์ตั้งแต่ยังเป็นเด็กช่วยลดการมีส่วนร่วมในการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์¹⁹ อีกทั้งการเรียนรู้และเข้าใจความหมาย ลักษณะและผลกระทบของการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จากกิจกรรมแสดงความคิดเห็นโดยไม่ต้องระบุชื่อผู้เขียนและระบุชื่อผู้เขียน และในกิจกรรมที่ต้องคัดเลือกแบ่งปันหรือข้ามภาพที่เป็นข่าวปลอม ดังตัวอย่างกรณีของเด็กหญิงมาลา (นามสมมติ) “เราควรรู้จักหาข้อมูลหรือรู้จักตัวตนของเค้าก่อนจะแชร์หรือแสดงความคิดเห็นค่ะ”

ตลอดจนเรียนรู้และค้นหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ระบุประสบการณ์ที่ต้องการหลีกเลี่ยง วิธีการที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์วิเคราะห์การใช้การได้ของวิธีการในการหลีกเลี่ยง และประเมินต้นทุนที่ใช้ในการหลีกเลี่ยง และเรียนรู้วิธีการที่ง่ายที่สุดในการรับมือกับประสบการณ์ที่กำลังหลีกเลี่ยง โดยการฝึกพัฒนาการยอมรับต่อทุกความคิดหรือประสบการณ์ชีวิตที่ต้องหลีกเลี่ยงตามแนวทางการจัดการควบคุมประสบการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างการทำทารุณทางจิตใจในวัยเด็กกับทัศนคติต่อการกลั่นแกล้งของนักศึกษาระดับปริญญาตรีโดยการทดสอบความเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพบว่า การทารุณทางจิตใจในวัยเด็กเกี่ยวข้องกับทัศนคติของนักศึกษาชายที่กระทำการกลั่นแกล้งผ่านทางไซเบอร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการขาดความเห็นอกเห็นใจและพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม โดยภายหลังการเรียนรู้ความเห็นอกเห็นใจและพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม นักศึกษาชายมีทัศนคติต่อการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ดีขึ้น²⁰ นอกจากนี้การได้เรียนรู้ความหมาย ความสำคัญ และระบุค่านิยม เพื่อเลือกเป็นแนวทางในการ

ดำเนินชีวิตอย่างที่ตนเองต้องการสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการฝึกสติและค่านิยม เพื่อลดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ พบว่า พฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ลดลงตั้งแต่ก่อนการทดสอบจนถึงหลังการทดสอบ ตลอดจนระยะติดตามผล²¹

สรุปได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา ไม่พบความแตกต่างของการเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล อย่างไรก็ตามนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา มีพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ลดลงหลังทดลองและเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบออนไลน์ จึงส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการวิจัยหลายประการ อาทิ ไม่สามารถจัดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวแบบกลุ่มได้ ความไม่พร้อมด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต สถานที่ในการอบรมของผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เอื้อต่อการจดจ่อกับการฝึกอบรม คุณภาพการประเมินและระยะติดตามผลหลังการอบรมค่อนข้างจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาในการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านเทคโนโลยี ด้านสื่อการสอน ด้านพฤติกรรมของนักเรียน และด้านผู้สอน²²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. นักจิตวิทยา นักกิจกรรม หรือครูผู้สอน ที่ต้องการใช้โปรแกรมเสริมสร้างการควบคุมยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา ควรศึกษาเพิ่มเติมและปรับแก้ไขให้สอดคล้อง ก่อนนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือประยุกต์ในการจัดกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ รวมถึงพฤติกรรมกลั่นแกล้งประเภทอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงผลของการกลั่นแกล้งผู้อื่น และเกิดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ควรมีความชำนาญในการใช้ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยมและการฝึกสติเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ผลการฝึกที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุม

ยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและ
พันธสัญญาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
นักศึกษาในวิทยาลัย เป็นต้น

2. การศึกษาผลโปรแกรมเสริมสร้างการควบคุม
ยับยั้งการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยทฤษฎีการยอมรับและ
พันธสัญญา โดยการประเมินการควบคุมยับยั้งด้วยเครื่องมือ
อื่น ๆ อาทิ Simon task, Flanker task, Anti-saccade task,
Go/ No-go task, Stop-signal task

3. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมในการฝึกการรู้คิด
ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยับยั้ง เช่น ความสนใจจดจ่อ
การควบคุมการรบกวน และการควบคุมตนเองเพิ่มมากขึ้น

References

1. Developmental and Behavioral Pediatrics (DBP).
Child developmental and behavioral. Vol. 4.
Bankok: Developmental and behavioral
pediatrics; 2018. (InThai)
2. Aungabsee J. Developmental Psychology.
Bankok: Danex Inter corporation Company
Limited; 2018. (InThai)
3. Lamsupasit S. Theories and Techniques in
Behavior Modification. 9th ed. Bangkok:
CUpres; 2019. (InThai)
4. Coutlee CG, Huettel SA. The functional
neuroanatomy of decision making:
prefrontal control of thought and action.
Brain research 2012;1428:3-12.
5. Erreygers S, Pabian S, Vandebosch H, Baillien E.
Helping behavior among adolescent
bystanders of cyberbullying: The role of
impulsivity. Learning and Individual
Differences 2016;48:61-7.
6. Haenjohn, J. Cognitive psychology. 3rd ed. Bangkok,
Grandpoint; 2019. (In Thai)
7. Haenjohn, J. Acceptance and commitment
therapy. Bangkok, Grandpoint; 2018. (InThai)
8. Haenjohn, J., Sirithadakunlaphat, S., &
Supwirapakorn, W. Development of training
on promoting executive functions of the brain
in adolescent, Journal of The Royal Thai Army
Nurses 2018;19(2): 220-29. (In Thai)
9. Kumlerd S, Haenjohn J, Sirithadakunlaphat S.
Development of Problem Solving Training
Program Based on Acceptance and
Commitment Therapy in Adolescents and
Young Adults with Amphetamine Addiction.
Journal of the Royal Thai Army Nurses 2019;
20(1):181-87. (in Thai)
10. Nusonthara, C., Haenjohn, J., & Sirithadakunlaphat,
S. A Development of Cognitive Flexibility
Program Based on Acceptance and
Commitment Therapy in Primary School
Students, Journal of The Royal Thai Army
Nurses 2021;22(2):278-285. (In Thai)
11. Golden CJ, Freshwater SM, Zarabeth G. Stroop
Color and Word Test Children's Version
for ages 5-14: A manual for clinical and
experimental uses. Stoelting, 2003.
12. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure
of the Barratt impulsiveness scale. Journal of
clinical psychology 1995;51(6):768-74.
13. Calvete E, Orue I, Estévez A, Villardón L, Padilla
P. Cyberbullying in adolescents: Modalities
and aggressors' profile. Computers in Human
Behavior 2010;26(5):1128-35.
14. Kongsonthana A. Acceptance and Commitment
Therapy (ACT) for Adolescent and Application
in COVID-19 Outbreak: A Literature Review.
Journal of The Department of Medical
Services 2021;46(2):159-65. (InThai)
15. Oberle E, Schonert-Reichl KA, Lawlor MS,
Thomson KC. Mindfulness and inhibitory
control in early adolescence. The Journal of
Early Adolescence. 2012;32(4):565-88.

16. Amiri S, Ehtesham Zadeh P, Hafezi F, Borna MR. Comparison of the Effectiveness Behavioral Activation Treatment Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Executive Functions of Learning the Rules, Inhibiting Impulsivity, and Flexibility in Patients with Depression. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam* 2021;9(2):68-78.
17. Yaselyani M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Mood Regulation, Executive Function and Reduction of Behavioral Symptoms, After Cessation of Drug Use in Maintenance Therapies. *International Journal of Medical Investigation* 2021;10(4).
18. Yuan G, Liu Z. Longitudinal cross-lagged analyses between cyberbullying perpetration, mindfulness, and depression among Chinese high school students. *Journal of health psychology* 2021;26(11):1872-81.
19. Emirtekin E, Balta S, Kircaburun K, Griffiths MD. Childhood emotional abuse and cyberbullying perpetration among adolescents: The mediating role of trait mindfulness. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020;18(6):1548-59.
20. Sun X, Chen L, Wang Y, Li Y. The link between childhood psychological maltreatment and cyberbullying perpetration attitudes among undergraduates: Testing the risk and protective factors. *PLoS one* 2020;15(9):1-5.
21. Boduch EM. An Evaluation of a Brief Mindfulness and Values Training on Cyber Bullying Behavior in College Students. Mankato: Cornerstone Minnesota State University; 2020.
22. Tupsai U, Hongsiri Y. The online learning during the covid-19 pandemic of foreign language department at Anubanloei school, Loei province. *Integrated Social Science Journal* 2022;2(4):49-55. (InThai)

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน

The Effects of An Emotion Regulation Program on The Violent Behavior of Schizophrenia Patients with Alcohol Dependency in Community

อดิศร รักษ์กุล อังคณา จิรโรจน์* เอกอุมา อัมคำ

Adisorn Ruksakul Angkana Jirarode* Ekuma Im-kome

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of nursing Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา อายุ 18-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 62 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา แบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดการกำกับอารมณ์ของแมคเรและกรอส ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงฉบับภาษาไทย วัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า โปรแกรมการกำกับอารมณ์สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้จึงเหมาะสมในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับอารมณ์, พฤติกรรมรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of an emotion regulation program on the violent behavior of schizophrenia patients with alcohol dependency in the community. The sample consisted of 62 patients with schizophrenia and alcohol dependence aged 18-59 years, recruited using inclusion criteria for patients that were receiving services at a sub-district Health Promotion Hospital in Nakhon Ratchasima in Thailand. They were randomly assigned to the control or experimental group, with 31 patients in each group. The experimental group participated in the emotion regulation program (ER) developed by the researcher based on the emotional regulation therapy concept of McRae and Gross. Their

activities comprised 10 sessions, for a period of 10 weeks. The control group received regular care. The measured using the Overt Agitation Scale (OAS), Thai version before and after participating in the emotion regulation program. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results of the study were as follows. 1) The experimental group's participants mean score for violent behavior on the posttest after participating in the emotional regulation program was lower than their mean score for violent behavior on the pretest before participating in the program at a statistical significance .001 level. 2) The mean difference in the score for violent behavior between the pretest and posttest of the experimental group's participants in the emotional regulation was significantly higher than the mean difference in the score for the violent behavior of the control group that received regular care at a statistical significance .001 level.

In summary, the emotional regulation program was able to reduce the violent behavior of schizophrenic with alcohol dependent patients. Thus, the program can be used as an alternative activity or program to reduce the violent behavior of schizophrenic with alcohol dependent patients.

Keywords: emotional regulation program, violent behavior, schizophrenia with alcohol dependent patients.

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นทำให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความเรื้อรังซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ด้วยความเปราะบางทางอารมณ์ จึงทำให้บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้พยายามที่จะแสวงหาวิธีที่จะทำให้ตนเองสามารถพ้นจากความทุกข์ใจ หรืออยากเป็นอย่างเช่นคนปกติทั่วไปในสังคม หนึ่งในวิธีการที่ผู้ป่วยเหล่านี้แสวงหานั้นคือการดื่มสุรา¹ แม้ว่าในช่วงระยะแรกของการดื่มจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและพึงพอใจในฤทธิ์ของสุรา แต่ในระยะยาวพบว่า การติดสุราจะส่งผลต่อความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้เสพติดอย่างถาวร²

ซึ่งปัจจุบันจะเรียกโรคจิตเภทที่เกิดร่วมกับโรคการติดสุรานี้ว่า ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (Co-occurring Disease)^{3,4} การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับการดื่มสุราจะทำให้ความรุนแรงของโรคมียาวนานขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งโรคจิตเภทและโรคติดสุรานี้ จะส่งผลต่อการก่อให้เกิดผลกระทบทางลบซึ่งกันและกันของทั้งสองโรค และหนึ่งในผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาในปัจจุบันคือ การก่อพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน⁵

การก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนที่ระบบสาธารณสุขพยายามหาแนวทางในการแก้ไขตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยกรมสุขภาพจิต

ได้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ร้อยละ 62.49 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มโรคที่พบได้มากที่สุดคือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (F20) คิดเป็นร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด และในจำนวนนี้ยังพบว่าพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นมาจากการเสพยาเสพติด (F10) คิดเป็นร้อยละ 55.6 เมื่อจำแนกตามระดับของการก่อพฤติกรรมรุนแรง โดยพบประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงต่อคนอื่นและก่อเหตุการรุนแรงในชุมชนสูงถึงร้อยละ 32.42⁶ สอดคล้องกับรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา และมีปัญหาการก่อพฤติกรรมรุนแรง SMI-V ที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ 2563 พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและการก่อเหตุรุนแรงในชุมชนร้อยละ 48.6⁷

ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่มีแนวคิดในการให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บำบัดรักษาในสถานบำบัดกลับเข้าสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานแห่งการบำบัดผู้ป่วย เพื่อมุ่งหวังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตการเป็นอยู่ที่ดีขึ้นตามศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มีประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเป็นหนึ่งในผู้ป่วยที่กรมสุขภาพจิตให้

ความสำคัญและได้มีการวางระบบการดูแลตั้งแต่การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน⁷ แต่จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องด้วยปัจจัยทางสังคมต่าง ๆ ที่ทำให้เข้าถึงการดื่มสุราได้ง่าย ส่งผลต่อการก่อเหตุรุนแรงซ้ำได้ง่าย โดยพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะออกมาในรูปแบบของความรุนแรงทางคำพูดและการทำลายสิ่งของ ส่วนด้านของการทำร้ายคนอื่นยังพอมิให้พบเห็นได้เช่นกัน ซึ่งจะเป็นการผลักดันหรือพบตีให้เกิดรอยฟกช้ำระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามแม้ไม่ถึงระดับรุนแรงมากแต่พฤติกรรมดังกล่าวก็ยังสร้างความรำคาญหรือสร้างความรู้สึกรังเกียจ รวมทั้งเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในตัวผู้ป่วย⁸ ส่วนพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำร้ายตัวเอง จะไม่ค่อยพบในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเนื่องจากตามข้อกำหนดของแผนบริการสุขภาพของกรมสุขภาพจิต (Service Plan) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกินร้อยละ 6.3 ต่อแสนประชากรไทย

ดังนั้น การทำร้ายตัวเองในผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีใด ๆ ก็ตามและในทุกกรณีจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องส่งต่อเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทันที⁹ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พฤติกรรมที่ยังคงพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราและอาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำร้ายคนอื่น และพฤติกรรมด้านการทำลายสิ่งของ⁶

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามักจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทางอารมณ์ที่ผิดปกติเนื่องจาก สุราได้เข้าไปทำลายเนื้อสมองส่วนกลาง (Limbic system) มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณของอะมิกดาลา (Amygdala) ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Emotional brain) และตอบสนองต่อความรู้สึกพื้นฐาน เช่น ความกลัว หรือความรู้สึกไม่ปลอดภัยมักตอบสนองด้วยอารมณ์โกรธ หรือแสดงความก้าวร้าวและพฤติกรรมที่รุนแรง⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ และการยั้งคิด เกิดความสูญเสียไปด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา แสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงโดยปราศจากการยั้งคิด¹⁰ แม้ว่าการหยุดดื่มสุราจะทำให้เนื้อสมองส่วนดังกล่าวมีการฟื้นตัวขึ้นและลดอารมณ์ที่รุนแรงได้แต่พบได้เพียงผู้ที่ดื่มสุราในระยะสั้นๆ เท่านั้น

แต่ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังพบว่า แม้จะ

มีการหยุดดื่มผู้ป่วยยังมีการทางจิตหรือสูญเสียการควบคุมอารมณ์^{11,12}

วิธีการที่ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงสามารถทำได้วิธี เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม¹³ การจัดการกับความโกรธ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงในผู้ป่วย แต่ด้วยลักษณะความเปราะบางทางอารมณ์เมื่อกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนจึงทำให้ผู้ป่วยมีการดื่มสุราซ้ำ ทำให้ยังคงมีการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งโปรแกรมการกำกับอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกำกับอารมณ์ด้านลบของตัวเองโดยใช้กระบวนการทางความคิดเพื่อคงไว้ซึ่งอารมณ์ด้านบวก ซึ่งสามารถแสดงออกผ่านทางพฤติกรรม และช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงได้¹⁴

การกำกับอารมณ์เป็นการบำบัดทางจิตสังคมพัฒนาขึ้นโดยแมคเคลและ กรอซ¹⁴ ซึ่งอธิบายว่า อารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของการก่อพฤติกรรมเมื่อบุคคลแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใด ก็ย่อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่เผชิญในขณะนั้น การกำกับอารมณ์จะเป็นกระบวนการที่มีลักษณะของการจัดกระทำผ่านระบบความคิด เพื่อปรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ด้วยการพิจารณาอารมณ์ในขณะนั้น สามารถประเมินสภาพอารมณ์รับรู้ตนเอง และเปลี่ยนจากอารมณ์ทางลบไปสู่อารมณ์ทางบวก และคงไว้ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม

การศึกษาศาเหตุของการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรานั้นมีความสอดคล้องกับอารมณ์ด้านลบที่ผู้ป่วยเคยเผชิญมาในอดีต ผู้วิจัยจึงคาดว่า การกำกับอารมณ์จะช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้ และจากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับอารมณ์เพื่อนำมาใช้ในการลดพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับวิธีการลดพฤติกรรมรุนแรงด้วยโปรแกรมการกำกับอารมณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการกำกับอารมณ์ (emotion regulation) ที่พัฒนาขึ้น¹⁴ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง การกำกับอารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรม โดยพฤติกรรมที่แสดงออกในแต่ละบุคคลย่อมมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ทางอารมณ์บุคคลที่เผชิญมาในอดีต การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นต้องกระทำผ่าน 4 องค์ประกอบของการกำกับอารมณ์ ได้แก่ 1. การระบุสถานะอารมณ์ (Identification stage) 2. การเลือกกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ (Selection stage) 3 การนำไปปฏิบัติ (Implementation Stage) และ 4 ขั้นตรวจสอบ (Monitoring) เมื่ออารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงก็จะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม เช่นเดียวกัน และหากบุคคลมีการฝึกการกำกับอารมณ์โดยการติดตามความรู้สึกทางอารมณ์ของตัวเองซ้ำ ๆ จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเชิงลบเป็นเชิงบวกได้อย่างอัตโนมัติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างจาก กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทและมีพฤติกรรม การดื่มสุราแบบติด อายุ 18-59 ปี เพศชาย ตามเกณฑ์การ วินิจฉัย แยกโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (DSM-5) และ ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F20-29 และ F10.2 ซึ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม 1 ตำบล และกลุ่มทดลองอีก 1 ตำบล ซึ่งทั้ง 2 ตำบลจะมีความ คล้ายคลึงกันคือเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง มีจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบใกล้เคียงกัน

มีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่คล้ายกันทั้งในรูปแบบของ เอกสารเวชระเบียนและในระบบอิเล็กทรอนิกส์

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจ การทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (Large effect size) ที่ระดับ .80 จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการกำกับ อารมณ์ ต่อการอยากสารเสพติด¹⁵ ซึ่งมีการศึกษาตัวแปร และประชากรที่ใกล้เคียงกัน เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่า ดังกล่าวด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ดำเนินการศึกษา (Drop out) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 62 ราย แบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย และ กลุ่มควบคุม 31 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบ ประเมินพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาโดย¹⁶ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมรุนแรง 4 ด้านคือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อ ร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ ในแต่ละด้านจะประกอบไปด้วย 4 ข้อย่อย รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ คำถาม และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อคำถาม และภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา โดยการตัดข้อ คำถามด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองออก เนื่องจาก พฤติกรรมดังกล่าวเป็นเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัยนี้ ทำให้ การประเมินพฤติกรรมรุนแรงจะเหลือเพียง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้าน การทำลายสิ่งของ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อคำถาม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรง (CVI) โดยค่าที่ได้ เท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบประเมินพฤติกรรม รุนแรงนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ กำกับอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการประยุกต์ใช้แนวคิดของการกำกับอารมณ์¹³ เครื่องมือนี้ ผ่านตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 15 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการกำกับอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราต่อพฤติกรรมรุนแรงและความน่าสนใจของกิจกรรมนั้น ทดลองรวมถึงระยะเวลาที่ใช้เพื่อปรับให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง กิจกรรมมีทั้งหมด 10 กิจกรรม มีการบ้านที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-9 ดำเนินการ 10 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 90 นาที/ครั้ง รวมระยะเวลา 33 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาตำรา บทความวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกใช้โปรแกรมในการทดลอง โดยมี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักช่วยให้คำแนะนำ และช่วยฝึกการใช้โปรแกรม เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด และประเมินพฤติกรรมรุนแรงก่อนดำเนินการทดลอง (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ จำนวน 10 ครั้ง ใช้เวลาครั้ง 90 นาที ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดกิจกรรม ทั้ง 10 ครั้งก็ครบกำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงมาวัดในกลุ่มทดลองทันที (Post-test) โดยจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมี ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมไม่มีการสุ่มหาของของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ คือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การให้สุขภาพจิตศึกษา เมื่อผู้ป่วยมารับบริการโดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 10 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 10 ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (post-test) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบว่าเป็นการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัยที่ 031/2564 รหัสโครงการวิจัย COA No. 051/2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Dependence t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน Independence t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 38-47 ปี ร้อยละ 48.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา ร้อยละ 51.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 87.1 และยังไม่พบว่ามีประวัติโรคประจำตัว และประวัติโรคเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ร้อยละ 93.5 เมื่อพิจารณาเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากไม่พบประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 87.1 ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ โดยชนิดที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสุรา 40 ดีกรี ซึ่งกลุ่มทดลองมีการดื่มสุรา 40 ดีกรี คิดเป็นร้อยละ 83.9 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80.6 และเมื่อพิจารณาเรื่อง

ประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ส่วนมากมีพฤติกรรมก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งด้าน
คำพูดและการทำลายสิ่งของ โดยกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ
71.0 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 67.7 ผลการเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์
(Chi-square test) และการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอคแซค
(Fisher's exact test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง (n = 31)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูด	2.94	0.44	0.87	0.43	30	20.03	.00
พฤติกรรมรุนแรงต่อการทำร้ายผู้อื่น	3.10	0.47	0.87	1.33	30	8.80	.00
พฤติกรรมรุนแรงต่อการทำลายสิ่งของ	2.68	0.87	0.19	0.60	30	14.93	.00
พฤติกรรมรุนแรงโดยรวม	8.71	0.97	1.84	1.60	30	30.40	.00

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
รุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
(M = 1.84, SD = 1.60) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 8.71,
SD = 0.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.40, p < .001$)
และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม
รุนแรงด้านคำพูดหลังการทดลอง (M = 0.87, SD = 0.43)
ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 2.94, SD = 0.44) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = 20.03, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม
รุนแรงต่อการทำร้ายผู้อื่นหลังการทดลอง (M = 0.87, SD =
1.33) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 3.10, SD = .47) อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($t = 8.80, p < .001$) คะแนนเฉลี่ย
ด้านพฤติกรรมรุนแรงต่อการทำลายสิ่งของหลังการทดลอง
(M = 0.19, SD = 0.60) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M = 2.68,
SD = 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.93, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		Df	t	p-value
	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลองโดยรวม	6.87	1.26	0.77	1.20	60	21.41	.00
หลังการทดลองโดยรวม							

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมโดยรวม พบว่า ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม
ทดลอง ($\bar{D}_1 = 6.87, SD = 1.25$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
($\bar{D}_1 = 0.77, SD = 1.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.41,$
 $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการกำกับ
อารมณ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าก่อนการ
ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า
โปรแกรมการกำกับอารมณ์ สามารถลดพฤติกรรมรุนแรง
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้ โดยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรม
การกำกับอารมณ์สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการกำกับ

อารมณ์ต่อการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 3 ด้าน ผ่าน 4 องค์ประกอบหลัก 10 กิจกรรม ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ขั้นตอนการระบุสถานะอารมณ์ (Identification stage) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักฉันรู้จักเธอเมื่อเจออารมณ์” มีการฝึกกระบวนการการกำกับอารมณ์ต่อการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการก่อพฤติกรรมรุนแรงในอดีตของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความตระหนักรู้ยากที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง¹⁷ และกิจกรรมที่ 2 “สุขสมอารมณ์หมาย” เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้อาสาสมัครรู้จักอารมณ์ของตนเอง สามารถจำแนกอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ด้านลบที่ส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องค้นหาวิธีการที่จะมากำกับอารมณ์ของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น¹⁸ องค์ประกอบที่ 2 ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ (Selection stage) ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 3 “เลือกปรับขยับอารมณ์” เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ที่ 1 คือการเลือกการเผชิญสถานการณ์ และกลยุทธ์ที่ 2 คือการปรับสถานการณ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเลือกสถานการณ์และปรับสถานการณ์ มีการเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ การตรวจจับที่อารมณ์ของตนเอง โดยใช้กระบวนการทางปัญญาดัดสินกับปัญหาจะช่วยให้บุคคลสามารถมองเห็นความสำคัญปัญหา และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์ด้านลบ เพื่อป้องกันการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรง¹⁹ กิจกรรมที่ 4 “ใส่ใจไว้ก่อนรุนแรง” เป็นการฝึกการเลือกใช้กลยุทธ์ของการใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attention deployment) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการใช้เหตุผลพิจารณาไตร่ตรองว่า สถานการณ์ใดควรให้ความสำคัญก่อนหลัง และนำไปสู่การกำกับอารมณ์ได้สำเร็จและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม²⁰ ส่วนกลยุทธ์ที่ 4 คือการเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) ผ่านกิจกรรมที่ 5 “ไม่แขวนความคิด” โดยมุ่งประเด็นไปที่การประเมินสถานการณ์ใหม่เชิงบวก (Reappraisal) เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของบุคคล เมื่อมีการพิจารณาผ่านกระบวนการคิด ไม่ด่วนสรุปเหตุการณ์ที่ตัวเองกำลังเผชิญตรงหน้า จะส่งผลให้ลดแรงปะทะในการก่อความรุนแรงลงได้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ดีได้อย่างถาวร^{4,14,17,21} และกลยุทธ์ที่ 5 กลยุทธ์สุดท้ายของการกำกับอารมณ์ ซึ่งจะเป็นการตอบสนองต่อการแสดงออกทางสรีรวิทยา (Response modulation) ผ่านกิจกรรมที่ 6 “จิตเป็น

นายกายเป็นบ่าว” โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์ และการแสดงออกทางร่างกายเชิงบวกเมื่อไม่สามารถหลบเลี่ยงสถานการณ์ที่กดดันได้ การฝึกวิธีการตอบสนองทางกายเชิงบวกซ้ำ ๆ เพราะจะช่วยพัฒนาให้เกิดเป็นพฤติกรรมเชิงบวกได้อย่างอัตโนมัติ จะช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้น องค์ประกอบที่ 3 การนำไปปฏิบัติ (Implementation Stage) โดยบูรณาการผ่านการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราผ่านกิจกรรมที่ 7 “สุรยาเมา พาเรารุนแรง” ซึ่งเน้นไปที่ผลกระทบด้านลบในการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในตัวเอง และมีความพยายามที่จะหาวิธีการกลยุทธ์ที่จะมากำกับอารมณ์ตนเอง เพื่อไม่ให้ความรุนแรงเกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกถึงความสำเร็จของผู้ป่วยในการกำกับอารมณ์ของตนเองทั้งต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงและการดื่มสุราลง²² กิจกรรมที่ 8 “เครียดได้ คลายเป็น” การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับบุคคล เป็นทักษะที่จำเป็นในการนำมาใช้เพื่อให้เกิดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และเมื่อมีการนำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการกำกับอารมณ์ ก็จะส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็งในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ดี ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการก่อความรุนแรงทั้ง 3 ด้าน²³ กิจกรรมที่ 9 “ใจเขาใจเรา” เป็นการฝึกทักษะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นทั้งด้านการใช้คำพูด และการแสดงออกที่เหมาะสมต่อสาธารณชน เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่จะเป็นด้านของคำพูดที่นำมาก่อน ก่อให้เกิดความเกลียดชังและการกระทบกระทั่งกันไปมาระหว่างผู้ป่วยและคนในชุมชนจนนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายคนในชุมชน และทำลายของตามมา การฝึกทักษะที่เน้นการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญว่าตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมหากรู้จักการกำกับอารมณ์ของตนเองก็จะทำให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนได้อย่างสงบ²² และองค์ประกอบที่ 4 ขั้นตอนตรวจสอบ (Monitoring) จะดำเนินผ่านกิจกรรมที่ 10 “เกี่ยวก้อยสัญญา อ้าลาอารมณ์ (รุนแรง)” เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจอารมณ์ความรู้สึกตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง รวมทั้งเป็นการทบทวนกระบวนการกำกับอารมณ์ การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเกิดความตระหนักรู้ต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อชุมชน เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคมอย่างยั่งยืน²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 โปรแกรมการกำกับอารมณ์ สามารถไปใช้เป็นแนวทางในการลดหรือป้องกันการก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรม สำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามการก่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนในการลดลงของพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และขยายผลไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมอื่นหรือใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ

References

- Chambers, R. A., Sentir, A. M., Conroy, S. K., Truitt, W. A., & Shekhar, A. Cortical-striatal integration of cocaine history and prefrontal dysfunction in animal modeling of dual diagnosis. *Biological psychiatry*. 2010;67(8):788-92.
- Takviriyanan N. Nursing care of clients receiving psychiatric drugs 3rd. Bangkok: Thammasat University; 2010. 277-34. (in Thai).
- Lotrakul M and Sukanit P. Psychiatric Ramathibodi. 4th. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2012);129-54. (in Thai).
- Petrakis IL. How to best treat patients with schizophrenia and co-occurring alcohol use disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(10):1338-9.
- Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S and Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):76-87 (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V. 1st. Nonthaburi: Prosperous plus company limited printing; 2020. (in Thai)
- Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric Hospital. Annual report: Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) patients. 2020. (in Thai)
- Juntapim S and Nuntaboot K. Care of Schizophrenia Patients by the Community. *Journal of Nursing Health Care*. 2017;36(2):69-76.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Suicide rate report. 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <http://Suicide.dmh.go.th>
- Haenjohn J. Brain & Emotions: A Miracle Connection. *Ratchaphruek Journal* 2015; 13(3): 11-9. (in Thai)
- Sullivan EV, Harris RA, and Pfeffer Baum A. Alcohol's effects on brain and behavior. *Alcohol Research & Health*. 2010;33(1-2):127-43.
- Gunzerath L, Faden V, Zakhari S, and Warren K. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 2014;28(6): 829-47.
- Bualakorn N, Soonthornchaiya R, and Vuthiarpa S. The Effects of a Motivation Enhancement Therapy Program with Family Involvement on The Medication Adherence of Inpatients with Co-Occurring Schizophrenia and Alcohol Use Disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 (Supplement): 423-32. (in Thai).

14. McRae K and Gross JJ. Emotion regulation. Emotion (Washington, DC). 2020;20(1): 1-9.
15. Choopan H, Kalantarkousheh SM, Aazami Y, Doostian Y, Farhoudian A, Massah O. Effectiveness of Emotion Regulation Training on the Reduction of Craving in Drug Abusers. Addict Health. 2016;8(2): 68-75.
16. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, and Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. The American journal of psychiatry. 1986;143(1):35-39.
17. Perry Y, Henry JD, Nangle MR, Grisham JR. Regulation of negative affect in schizophrenia: The effectiveness of acceptance versus reappraisal and suppression. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2012;34(5): 497-508.
18. Painter JM, Stellar JE, Moran EK, Kring AM. A multicomponent approach toward understanding emotion regulation in schizophrenia. Journal of clinical psychology. 2019;75(1): 178-89.
19. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. Clinical Psychological Science. 2014;2(4):387-401.
20. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2010;32(1): 68-82.
21. Grezellschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. Psychiatry Research. 2015;229(1): 434-9.
22. Azizi A, Borjali A, and Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and additional problems of substance abusers. Iran Journal of Psychiatry. 2010;5(2): 60-5.
23. Vancampfort D, De Hert M, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, et al. State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. Disability and Rehabilitation. 2011;33(8): 684-89.
24. Nowicka M. Emotional regulation in schizophrenia. Personality and Individual Differences. 2014; 60: 56-67.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

Factor Associated with Stress among Emergency Nurses in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima Province

วรรณิดา เทียงวณิชกุล ไชยานันต์ แท่งทอง* สรา อารมณ์ สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ จุฑาทิพย์ ศิลบุตร

Wannida Tiengwatchanakul Chaiyanun Tangtong* Sara Arporn Suchinda Jarupat Maruo Jutatip Sillabutra

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ราชเทวี, กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchatawee, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นด่านแรกในการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้รอดชีวิต ต้องเผชิญกับภาวะกดดันต่างๆ มากมาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 284 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และปัจจัยในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคว์สแควร์ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในงานกับระดับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การกำหนดโครงสร้างขององค์กร การที่หัวหน้างานเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จำนวนรายงานเฉลี่ยที่ได้รับมอบหมายนอกเหนือจากการบริการผู้ป่วย เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย การสัมผัสสิ่งคุกคามทางกายภาพ เชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน การเคยได้รับการตำหนิจากผู้รับบริการ และเคยเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน ($p<.05$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลให้ผู้บริหารได้ทราบถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขความเครียดของบุคลากร เป็นการช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย เกิดประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป

คำสำคัญ : พยาบาลวิชาชีพ, ความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Emergency nurses who are the first line in saving the patient's life, also must face many pressures. This research is cross-sectional research. To study the level and factors associated with stress among emergency nurses in community hospital, Nakhon Ratchasima Province. The study sample consisted of 284 emergency nurses. The research instruments are questionnaires divided into 3 parts: personal data, Suanprung Stress Test (SPST-20) of the department of mental health, Ministry of Public Health, Thailand, and work factors.

Corresponding Author: *E-mail: chaiyanun.tan@mahidol.ac.th

วันที่รับ (received) 19 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 พ.ย. 2564

Analyze data with descriptive statistics including frequency, percentage, average, standard deviation, and Chi-square analysis. The results showed that the emergency nurse worked in a community hospital in Nakhon Ratchasima province had moderate stress of 46.8%. Factors associated with stress include marital status, income adequacy, the structure of an organization, the supervisor's open to comment, the average number of reports assigned in addition to patient services, medical instruments used to save a patient's life, physical hazard, pathogens hazard, has been blamed by service providers and has experienced violence on site ($p < .05$). The results of this study used information to inform executives about factors that cause stress. As a guideline for organizing activities to prevent and resolve stress of personnel. To help reduce the dangers caused by the stress of professional nurses. As a result, it helps the operator more efficiently, safe patient, and brings benefits to the organization.

Keywords: Emergency nurse, Stress, Factor

บทนำ

โรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานบริการที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นด่านหน้าที่ต้องให้บริการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย อย่างรวดเร็ว และทันเวลา และให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อลดการสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต¹ เป็นหน่วยงานที่ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์หรือผู้รับบริการคนไข้ในแต่ละวันได้ มีความเสี่ยงสูงในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ อยู่ในภาวะความกดดันที่จะต้องช่วยเหลือชีวิตผู้รับบริการให้ปลอดภัย การถูกร้องเรียนจากญาติ/ผู้รับบริการ การถูกคุกคามข่มขู่ การทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ ภาระงานเกินหน้าที่² งานเอกสารที่เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งการประเมินมาตรฐานต่างๆ เนื่องจากต้องเผชิญสภาพการทำงานเช่นนี้อยู่เสมอจึงอาจทำให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อยู่ในภาวะเครียดและส่งผลกระทบที่ไม่ดีในการให้บริการผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยวิกฤติ มีระดับความเครียดปานกลาง-รุนแรง³⁻⁴ ซึ่งความเครียดในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบท่ทั้งผู้ปฏิบัติงานเอง และองค์กร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดเกิดจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงาน⁵⁻⁶ ซึ่งมีผลกระทบต่สภาวะจิตใจของบุคคล ทำงานที่รับมอบหมายไม่เต็มที่ เป็นภาระแก่เพื่อนร่วมงาน และส่งผลกระทบท่คุณภาพงานขององค์กร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดในสถานที่ทำงาน ซึ่งจะช่วย

ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพจิตดี ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการปลอดภัย เกิดประโยชน์ต่อองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยในการทำงานกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

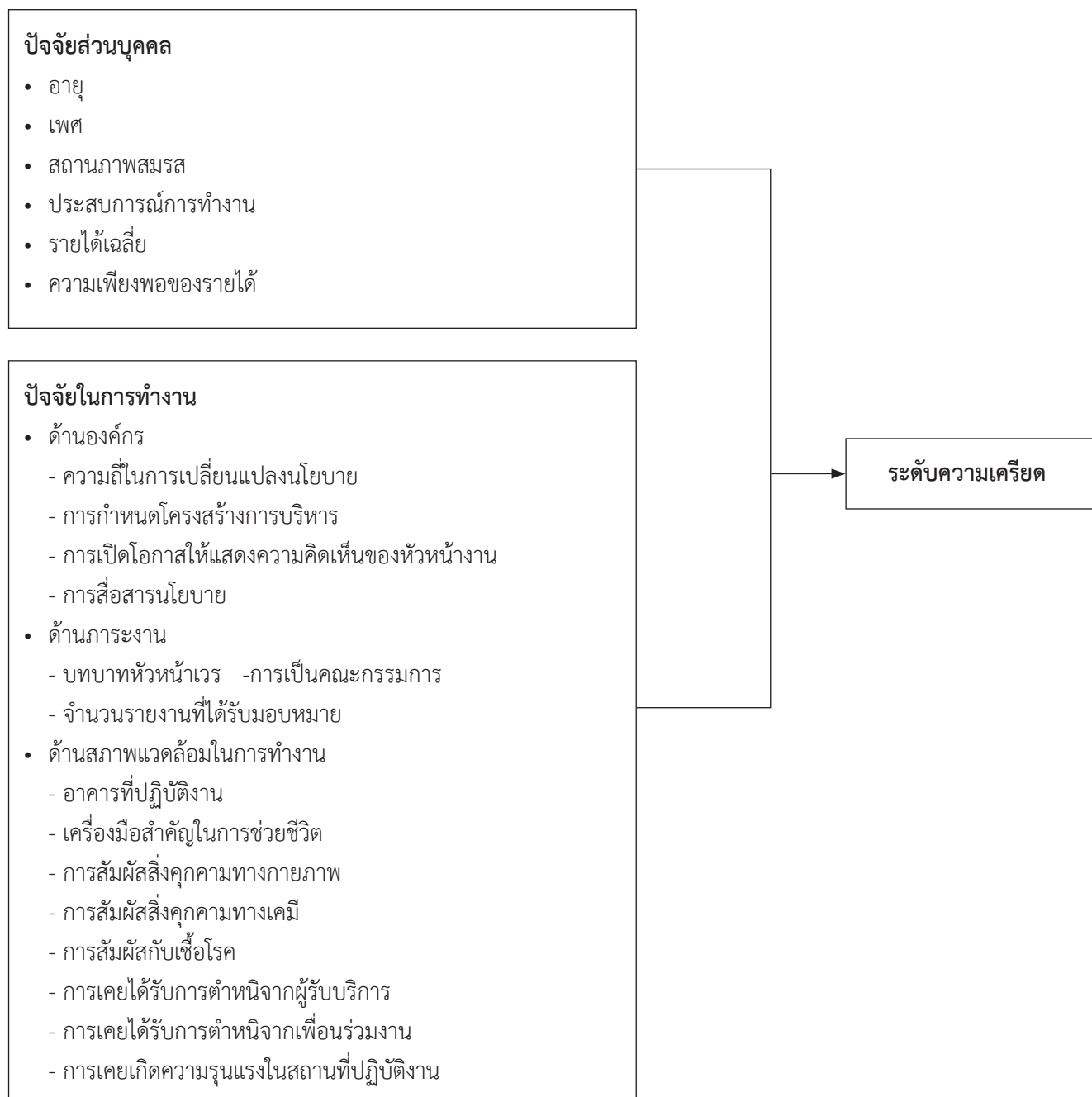
คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่
3. ปัจจัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านภาระงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง
(Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
จำนวน 323 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากการประมาณค่าสัดส่วน
โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน

$$n = \frac{(X^2 N p(1-p))}{(e^2 (N-1) + X^2 p(1-p))}$$

แทนค่าในสูตร จะได้

$$n = \frac{(3.841) (323) (0.5) (1-0.5)}{(0.05^2 (323-1) + (3.841) (0.5) (1-0.5))}$$

$$n = 175.704 = 176 \text{ คน}$$

ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมอีก 10% คือ 20 คน ดังนั้นรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 196 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แต่มีการสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน มากกว่าจำนวนที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ที่ได้รับต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ชั่วโมงการนอนหลับ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้ตรวจรายการ (Check list) และให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการทำงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดและทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) ประกอบด้วย ด้านองค์กร 4 ข้อ ด้านภาระงาน 4 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน 10 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้ตรวจรายการ (Check list)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดจากการทำงานสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า 5 ระดับ (rating scale) ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึงรู้สึกเครียดมาก ระดับ 3 หมายถึงรู้สึกเครียดปานกลาง ระดับ 2 หมายถึงเครียดเล็กน้อย ระดับ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด โดยแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 0-24 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดน้อย คะแนนรวม 24-41 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวม 42-61 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดอยู่ในระดับสูง และถ้ามีคะแนนรวม 62 คะแนน ขึ้นไป แสดงว่ามีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง⁷

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ .89 และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ

งานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัด นครราชสีมา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยในงาน ด้วยการวัดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชนิดสอบซ้ำ (Test – retest reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .83 แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง หาค่า Coefficient Alpha ของ Cronbach ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองผลการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2020-077 รหัสโครงการ 46/2563 วันที่รับรอง 24 เมษายน 2563) ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าหลังเข้าร่วมโครงการแล้วหากต้องการออกจากกรวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลในภาพรวมที่ได้ไปนำเสนอและใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563 หลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอชี้แจงต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
2. เข้าพบหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ การวิจัย กระบวนการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอให้หัวหน้าหน่วยงานช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยไปยังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
3. นำเอกสารส่งให้แก่พยาบาลวิชาชีพแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเอง ประกอบด้วยเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเอกสารชี้แจงการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในเอกสารดังกล่าว พร้อมส่งแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน

4. หลังจากนั้นขอให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้เก็บรวบรวมเอกสารให้กับผู้วิจัย ภายใน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลในการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความเครียด วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงานกับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square ด้วยโปรแกรม SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 39.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.8 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.6 และจบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 89.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.9 โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11.6 ปี (S.D. 11.46) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ (ทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก) ร้อยละ 89.4 โดยมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 62.42 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 25,001-35,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.1 โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 26.78 ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 81 มีชั่วโมงการนอนหลับโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 73.9 จากการศึกษาพบ

ว่าพยาบาลมีโรคประจำตัวร้อยละ 16.5 โดยโรคประจำตัวที่พบคือ เบาหวาน ความดัน ไทรอยด์ มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจและสมอง พักอาศัยที่หอพักของโรงพยาบาลร้อยละ 68.0

ข้อมูลสภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านองค์กร พบว่า องค์กรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นประจำ (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) (ร้อยละ 58.1) องค์กรมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 85.2) หัวหน้างานส่วนใหญ่เปิดใจให้แสดงความคิดเห็น (ร้อยละ 81.7) และมีการสื่อสารนโยบายเมื่อเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 86.6)

ด้านภาระงาน พบว่า จำนวนคนไข้เฉลี่ยในแต่ละเวรมากกว่า 15 คน (ร้อยละ 98.6) ส่วนใหญ่เคยเป็นหัวหน้าเวรดูแลคนไข้ (ร้อยละ 63.03) ได้รับมอบหมายให้เป็นคณะกรรมการภายในหน่วยงานอย่างน้อย 1 คณะกรรมการ (ร้อยละ 64.8) และได้รับมอบหมายให้ทำรายงานที่นอกเหนือจากการดูแลคนไข้เฉลี่ย 2 รายงาน/คน (ร้อยละ 31.3)

ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า อาคารที่ปฏิบัติงานมีอายุมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 61.6) เครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในหน่วยงานมีอายุการใช้งานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 63.4) รู้สึกว่าการระบายอากาศในห้องทำงานปกติ ไม่รู้สึกอึดอัดขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 45.1) ส่วนใหญ่สัมผัสกับสิ่งคุกคามต่างๆ เหล่านี้ ขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ สิ่งคุกคามทางกายภาพ (ร้อยละ 83.8) สัมผัสกับเชื้อโรค (ร้อยละ 93.0) มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอดเวลา อย่างน้อยมากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงานทั้งหมด (ร้อยละ 81.7) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการตำหนิจากผู้รับบริการ ร้อยละ 39.1 เคยถูกเพื่อนร่วมงานตำหนิ ร้อยละ 25.0 และเคยเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน โดยเกิดเหตุทะเลาะวิวาทจากผู้รับบริการ ร้อยละ 60.2 ผู้รับบริการ ร้อยละ 63.4

ตารางที่ 1 ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (0 – 23 คะแนน)	20	7.0
มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน)	133	46.8
มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (42 – 61 คะแนน)	102	35.9
มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (62 คะแนน ขึ้นไป)	29	10.2
คะแนนเฉลี่ย (X̄) 41.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 14.53		

ระดับความเครียด

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.8 และมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย เท่ากับ 41.24 คะแนน (S.D. 14.53) เมื่อ

เทียบเกณฑ์ระดับความเครียด SPST-20 ของสวนปรุง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเครียดระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด

ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	P - value
สถานภาพการสมรส	9.673	<0.01
ความเพียงพอของรายได้	22.659	<0.01

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรส (p-value .001) และความเพียงพอของรายได้ (p-value.000) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในงานกับความเครียด

ตัวแปรปัจจัยในงาน	χ^2	p-value
ด้านองค์กร		
การกำหนดโครงสร้างขององค์กร	10.420	0.001
การที่หัวหน้างานเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน	18.605	0.000
ด้านภาระงาน		
จำนวนรายงานที่ได้รับมอบหมายนอกเหนือจากการบริการผู้ป่วย	9.339	0.025
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน		
เครื่องมือที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในหน่วยงาน	6.139	0.013
สัมผัสกับสิ่งคุกคามทางกายภาพ	5.439	0.020
สัมผัสกับเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน	5.910	0.015
เคยได้รับการตำหนิจากผู้รับบริการ	6.941	0.008
เคยเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน	12.198	0.003

ปัจจัยในงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็น ปัจจัยในงานด้านองค์กรที่พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการบริหาร (p-values = .001) และการที่หัวหน้างานเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน (p-values = 0.000) ด้านภาระงาน ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนรายงานที่ได้รับมอบหมายนอกเหนือจากการบริการผู้ป่วย (p-values =

0.025) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เครื่องมือที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย (p-values= 0.013) การสัมผัสกับสิ่งคุกคามทางกายภาพ (p-values = 0.020) การสัมผัสกับเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน (p-values = 0.015) การได้รับการตำหนิจากผู้รับบริการ (p-values= 0.008) และการเคยเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน (p-values = 0.002) มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการทำงาน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าสถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁸ พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการทำงานต่างกัน จากการศึกษายังพบว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะมีการขึ้นเวรเช้า บ่าย ดึก และมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ซึ่งมากกว่าประกาศสภาพยาบาลกำหนด คือ ไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁹ ซึ่งหากพยาบาลวิชาชีพมีชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษา ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชม./วัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าซึ่งแม้พยาบาลวิชาชีพจะทำงานอย่างหนักก็ยังมิรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ถึงแม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่าเช่าที่พัก แต่ก็ต้องใช้จ่ายอย่างอื่น เช่น ผ่อนบ้านเดี่ยว ผ่อนรถยนต์ เข้าคลินิกเสริมความงาม เป็นต้น เมื่อทำงานอย่างหนักแต่ก็ยังมิรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จึงส่งผลให้เกิดความเครียด นอกจากจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตแล้วยังส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลรักษาคนไข้อีกด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของธัญธรณ์ทองแก้วพบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเยอะ จึงอาจจะทำให้เกิดความวิตกกังวล จนเกิดเป็นความเครียดได้¹⁰

ปัจจัยการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการทำงาน

การศึกษาครั้งนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน ดังนี้ ด้านองค์กร พบว่า การที่องค์กรมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน และการที่หัวหน้างานเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง มีความเห็นว่าการองค์กรของตนมีโครงสร้างองค์กรที่ไม่ชัดเจน บุคลากรไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตน สามารถอธิบายได้ว่า การที่องค์กรมีบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้บุคลากรสับสนในโครงสร้างการบริหาร หากโครงสร้างองค์กรได้ถูกกำหนดไว้ชัดเจน และบุคลากรรับทราบก็จะทำให้ความเครียดลดลงได้ ความคลุมเครือของบทบาทหน้าที่ มีส่วน

ทำให้บุคลากรเกิดความเครียดทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ ที่พบว่าบทบาทหน้าที่และโครงสร้างขององค์กร มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน และนอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า หัวหน้างานไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า หากบุคลากรทำงานตามคำสั่งของหัวหน้างานเพียงอย่างเดียวอาจจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความไม่พอใจ ไม่เต็มใจ รู้สึกว่าตนถูกบังคับ เนื่องจากการขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด¹² สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวัฒน์ ทางธรรมที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานในพยาบาลชาย¹³

ด้านภาระงาน พบว่า จำนวนรายงานที่ได้รับมอบหมายนอกเหนือจากการบริการผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความเครียดสูงถึงรุนแรง ได้รับมอบหมายให้ทำรายงานเฉลี่ยเดือนละ 3 รายงาน สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นวิชาชีพที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รักษาพยาบาลผู้ป่วย การจัดทำรายงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างานเป็นงานนอกเหนือจากการบริการผู้ป่วยอาจเป็นงานที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของบุคลากร¹⁴ ทำให้เกิดการกดดัน วิตกกังวล และเกิดเป็นความเครียดได้

นอกจากนั้นด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากผู้รับบริการในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรืออยู่ในภาวะที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพจากการศึกษาพบว่า หากเครื่องมือมีอายุมากกว่า 10 ปี หรือมีสภาพที่ไม่พร้อมใช้งาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดได้ เพราะจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้ การสัมผัสกับสิ่งคุกคามทางกายภาพ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หากไม่ได้รับการแก้ไขก็สามารถส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานได้¹⁵ การสัมผัสกับเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน ก็เช่นเดียวกัน วิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคสูง อีกทั้งในบางเวลาบุคลากรขาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ อีกทั้งการได้รับการตำหนิจากผู้รับบริการ และการเคยเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน

มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นด่านหน้าที่ต้องดูแลรักษาคนไข้ ต้องได้รับความกดดันจากญาติในการสอบถามข้อมูลผู้รับบริการ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิต รวมไปถึงการวิตกกังวลหากต้องให้บริการกลุ่มวัยรุ่นที่ทะเลาะวิวาทมารับการรักษา ตามที่เห็นในสื่อต่างๆ อาจจะทำให้พยาบาลวิชาชีพ กลัว และวิตกกังวลว่าจะเกิดอันตรายต่อตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ด้วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งหากมีสภาวะที่ไม่เหมาะสม หรือไม่สนับสนุนการปฏิบัติงาน จะสามารถทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดได้¹⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัย พบว่าปัจจัยในการทำงานด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้บริหารควรจัดบรรยากาศการทำงานให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข จัดสภาพแวดล้อมในองค์กรให้มีความปลอดภัย หรือแม้กระทั่งจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และบริหารจัดการให้มีความเหมาะสม ไม่ให้ขาดแคลน รวมไปถึงจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย มีการบำรุงรักษาอยู่เป็นประจำ เพื่อช่วยสร้างความมั่นใจขณะปฏิบัติงาน และลดความเครียดที่จะเกิดขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น จำนวนคนไข้ หรือความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลระดับชุมชนและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ว่ามีระดับความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดแตกต่างกันหรือไม่

References

1. Medical Academics Ministry of Health. Guidelines for organizing emergency room services at appropriate to the potential level of the hospital. 2nd ed. Bangkok: Samchai 2017; 2017. (in Thai)

2. Panthong M. et al. Relationships between work environment and professional nurses' stress of Prasat Neurological Institute. Journal of Public Health Nurses. 2018;32(3):151-64. (in Thai)
3. Hooper C., Craig J., Janvri D., et al. Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties, Journal of Emergency Nursing. 2010; 36(5): 420-7
4. Sharma P, Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K., & Bansal, R. Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2014;18(2):52-6.
5. Wattanakitkileart D. et al. Stress management and stress related factors in nurse. Journal of Nursing Science.2010;28(1): 67-75. (inThai)
6. Riyaphan S, Phuanusason N. Personal factors Stress and mental health self-care behaviors of registered hospital nurses under the Medical Office Bangkok. Journal of Nursing Division.2009;36:32-46.(in Thai)
7. Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Tapanya, P.The construction of Saunprung stress measure. Chiang Mai. Saunprung hospital.1997. (in Thai)
8. Janla T. Work schedule that affects job stress of nursing staff (Thesis). Bangkok: King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2008. (in Thai)
9. Nursing council. Nursing Council Announcement. Working hours policy for patient safety. Bangkok;2017. (in Thai)
10. Thongkao T. Stress in the workplace and related factors among Registered Nurses at Outpatient Department of a Hospital in Bangkok (Thesis).Bangkok: Chulalongkorn University; 2016.(in Thai)

11. Siangpror P. et al. Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospitals, central region of Thailand. Journal of Health Science Research. 2014;8(1):17-27. (in Thai)
12. Cooper CLaM, Judi. Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental health. Journal of Occupational Psychology. 1976.
13. Thangthum W. et al. Factors Predicting Job Strain Among Male Nurses in Thailand. Journal of Nursing Division. 2014; 41(1):6-22.(in Thai)
14. Cartwright s, & Cooper, CaryL. Managing workplace stress. California: 1997.
15. Junyotha A. et al. Fatigue and factors related to fatigue among registered nurses in a tertiary hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18: 167-74. (in Thai)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Factors Related to Emotional Intelligence among Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

กัญญา ศรีตะวัน* ดนุลดา จินขาวขำ กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ
Kanya Sritawan* Danulada Chinkhaokham Kannika Kitnopkiat
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ราชบุรี ประเทศไทย 70000
Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand 70000

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้ากับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร ปริญญาตรี ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดราชบุรี จำนวน 382 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา แบบประเมินระดับความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .90, .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ ไคสแควร์ และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้ (1) ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลรวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ (2) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล อายุ ด้านเก่งและด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชั้นปีด้านเก่งและด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) ความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ลบกับความ ฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ($r = -0.627, -0.662$, ตามลำดับ)

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล, ความฉลาดทางอารมณ์

Abstract

The purposes of this research were to determine 1) the emotional intelligence level and 2) the relationship between gender, age, grade, monthly expenses, stress, depression and emotional intelligence among the nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. The 382 subjects who met the specified criteria by purposive sampling were 1st- 4th year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. The research instruments composed of 4 parts questionnaire; demographic data, stress

assessment, depression assessment and emotional intelligence assessment. The content validity of the instruments were checked by 3 experts and the reliability tested by Cronbach Alpha Coefficient were .93, .90, and .95, respectively. The data were then analyzed for finding frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square test, and Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient.

The study results revealed as follows; 1) the emotional intelligence level of nursing students in all aspects was normal. (2) gender had no relationship with all three aspects of the emotional intelligence. As for age, intelligence and happiness aspects had statistically significantly correlated with emotional intelligence at the 0.5 level. As for grade; intelligence and happiness aspects had statistically significantly correlated with emotional intelligence at the 0.5 level. As for monthly expenses; happiness aspect had statistically significantly correlated with emotional intelligence at the .05 level. (3) Stress and depression had a negative relationship with the emotional intelligence ($r = -0.627, -0.662$, respectively).

Keyword : Nursing Students, Emotional Intelligence

บทนำ

จากปัจจุบันสังคมไทยอยู่ในยุคโลกาภิวัตน์จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ผลของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทำให้พบว่าส่วนใหญ่นักศึกษาในปัจจุบันเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ ความเครียดจากการเรียน และภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ถ้าบุคคลมีความฉลาดทางอารมณ์จะสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้มากกว่าผู้อื่น¹ สำหรับการเรียนรู้พยาบาลการปรับตัวในการเรียนมีความสำคัญมากและยังมีความเชื่อที่ว่าความสำเร็จของการจะดำเนินชีวิตหรือการจะประสบผลสำเร็จนั้นจะต้องประกอบไปด้วยความเป็นเลิศ ทางสติปัญญา (Intelligence Quotient) ความเชี่ยวชาญ (Expertise) และความฉลาดทางอารมณ์² (Emotional Quotient) ถ้านักศึกษาพยาบาลมีความฉลาดทางอารมณ์จะส่งผลต่อการเรียนและในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษาไม่เกิดความฉลาดทางอารมณ์ จะส่งผลกระทบต่อผลการประสบผลสำเร็จในการศึกษา การเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรการพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556, 2556) นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความอดทนเสียสละ แสดงสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เอาใจเขามาใส่ใจเรา และมีความเข้าใจในสภาพอารมณ์และการแสดงออกของผู้รับบริการ เพื่อที่จะสามารถปรับตัวได้กับสถานะต่างๆ ของผู้ใช้บริการ และศึกษาเล่าเรียนในหลักสูตรจนประสบความสำเร็จได้ (วลัยนารี³) การนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย อีกทั้งความยากง่ายในวิชาที่เรียน รวมถึงการบริหารจัดการกับเวลาในการทำงานให้

สำเร็จในระยะเวลาที่กำหนด และการเตรียมตัวสอบ จึงพบว่า มีนักศึกษาจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ เช่น มีภาวะวิตกกังวลและภาวะเครียด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล และมีปรัชญาที่ให้นักศึกษา มีทัศนคติที่ดี ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล ตระหนักและรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข ดังนั้นสภาพอารมณ์จึงถือว่ามีความสำคัญมากในการปรับตัวกับการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และเพื่อปรับให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียน และพร้อมที่จะพัฒนาองค์ความรู้ที่ได้รับเพื่อนำไปประกอบวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิต³ เรื่องความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ดี เก่ง และสุข ด้านดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุม อารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และ มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต และมีความสุขสงบทางใจจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ

ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้ากับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
2. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
3. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ของกรมสุขภาพจิต⁴ เรื่องความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ดี เก่ง และสุข ด้านดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุม อารมณ์ และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจใน ตนเอง พอใจในชีวิต และมีความสุขสงบทางใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) เพื่อศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้ากับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ปีการศึกษา 2563 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากตารางอำนาจทดสอบ (statistical power tables) ของ Burns and Grove (2005) และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (small effect size) ที่ .20 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ร้อยละ 90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 382 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายต่อเดือน
2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ที่สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2543 เป็นคำถามประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของตนเอง จำนวน 52 ข้อ จะวัดความฉลาดทางอารมณ์โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้านใหญ่ และ 9 ด้านย่อย โดยมีเกณฑ์การแปลผล ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ระดับปกติ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 46-62 คะแนน คะแนนมากกว่า 62 คะแนน และระดับต่ำคะแนนต่ำกว่า 46 คะแนน ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง ระดับปกติ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 44-62 คะแนน ระดับสูง คะแนนมากกว่า 62 คะแนน และระดับต่ำคะแนนต่ำกว่า 44 คะแนน ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ระดับปกติ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 40-56 คะแนน ระดับสูง คะแนนมากกว่า 56 คะแนน และระดับต่ำคะแนนต่ำกว่า 40 คะแนน ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ระดับปกติ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 130-180 คะแนน ระดับสูง คะแนนมากกว่า 180 คะแนน และระดับต่ำคะแนนต่ำกว่า 130 คะแนน ค่าความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95
3. แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผล 1-24 คะแนน หมายถึง

มีความเครียดต่ำ 25-42 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง 43-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูงตั้งแต่คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดรุนแรง ค่าความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า⁵ มีข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ 0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 16-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ค่าความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี รหัสโครงการ BCNR 014/2563 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยชี้แจงสิทธิของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบ

รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเรียนแต่อย่างใดและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นให้นักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามชนิดเลือกตอบเองตามจำนวน 3 ฉบับ ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ในห้องส่วนตัวและเป็นสัดส่วน ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากนักศึกษารู้สึกอึดอัดใจไม่สบายใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูล การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 382 คน พบว่ามีนักศึกษาที่เป็นเพศชาย ร้อยละ 1.8 เพศหญิง ร้อยละ 98.2 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 27.2 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 22.5 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 29.8 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 20.4 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,501-2,500 ร้อยละ 24.6 และ 2,501-3,500 ร้อยละ 24.6 รายได้ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 คิดเป็นร้อยละ 44.5 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 92.1 เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.00-3.49 คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาคือ 2.50-2.99 คิดเป็นร้อยละ 30.9 และอยู่ระหว่าง 3.50-4.00 คิดเป็นร้อยละ 13.1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี (n = 382)

ความฉลาดทางอารมณ์	คะแนนปกติ	Mean	S.D.	แปลผล
1) ด้านดี	49-59	59.25	5.11	สูงกว่าปกติ
การควบคุมตนเอง	13-18	18.21	2.25	สูงกว่าปกติ
เห็นใจผู้อื่น	16-21	20.07	2.34	ปกติ
รับผิดชอบ	17-23	20.96	1.80	ปกติ
2) ด้านเก่ง	46-60	51.78	7.03	ปกติ
มีแรงจูงใจ	15-21	17.42	2.94	ปกติ
ตัดสินใจและแก้ปัญหา	14-20	17.45	2.67	ปกติ
สัมพันธภาพ	15-20	16.91	2.83	ปกติ
3) ด้านสุข	38-52	48.81	7.46	ปกติ
ภูมิใจในตนเอง	9-14	11.31	2.35	ปกติ
พอใจในชีวิต	16-22	18.88	3.32	ปกติ
สุขสงบทางใจ	15-21	18.62	3.16	ปกติ
รวมทุกด้าน	139-173	159.85	17.64	ปกติ

จากตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของ นักศึกษาพยาบาล รวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยด้านที่ความ ฉลาดทางอารมณ์สูงที่สุดคือ ด้านดี ค่าเฉลี่ย 59.25 ส่วนด้านเก่ง และด้านสุข อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าเฉลี่ย 51.78, 48.81 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล บรมราชชนนี ราชบุรี (n = 382)

ปัจจัยคัดสรร	P-Value
ด้านดี	
เพศ	0.173
อายุ	0.087
ชั้นปี	0.145
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	0.825
ด้านเก่ง	
เพศ	0.608
อายุ	0.002*
ชั้นปี	0.001*
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	0.380
ด้านสุข	
เพศ	0.709
อายุ	0.009*
ชั้นปี	0.001*
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	0.006*

*P<.05

จากตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ทั้ง 3 ด้าน อายุ ด้านดีไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ด้านเก่งและ ด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชั้นปีด้านดีไม่มีความสัมพันธ์กับ ความฉลาดทางอารมณ์ ส่วนด้านเก่งและด้านสุขมีความสัมพันธ์ กับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าใช้จ่ายต่อเดือน ด้านดี ด้านเก่ง ไม่มีความสัมพันธ์ กับความฉลาดทางอารมณ์ ส่วนด้านสุขมีความสัมพันธ์กับ ความฉลาดทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า กับความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี (n = 382)

ปัจจัยคัดสรร	ด้านดี		ด้านเก่ง		ด้านสุข		รวมทุกด้าน	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ความเครียด	-0.504*	0.001*	-0.619*	0.001*	-0.556*	<0.001*	-0.627	0.001*
ภาวะซึมเศร้า	-0.447	0.001*	-0.655	0.001*	-0.643	0.001*	-0.662	0.001*

*P<.05

จากตารางที่ 3 พบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา ในทุกด้าน $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จากการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา พยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีทั้งหมด 382 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์ทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ชั้นปี ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเครียด ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา พยาบาลบรมราชชนนี กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศที่ต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องมาจากจำนวนนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ราชบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้ผลการวิจัยพบว่าความฉลาดทางอารมณ์ไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาด ทางอารมณ์และรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสงขลาที่พบว่า เพศหญิงมีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากนักศึกษาเพศหญิงมีรูปแบบของชีวิตที่มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีมนุษยสัมพันธ์ต่อ เพื่อบุคคลมากกว่าเพศชาย⁶

อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ราชบุรีอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องมาจากกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-21 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น บุคคลวัยนี้จะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความมั่นคง ทางจิตใจ คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น และยอมรับผู้อื่น ได้ดีขึ้น รวมถึงแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม⁷

ชั้นปี จากการศึกษาพบว่าชั้นปี ด้านดีไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร แต่พบว่าด้านเก่งและ ด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา พยาบาล⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษา พยาบาล พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 จะเริ่มคิดวิเคราะห์ ปัญหาตัดสินใจแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและให้การพยาบาล ในสถานการณ์จริง ซึ่งต้องใช้ความสามารถในการปรับตัว ในการพร้อมดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคมากกว่าชั้นปี 2 และปี 1⁹

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน จากการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่าย ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาที่พบว่ารายรับต่อเดือนของครอบครัวส่งผลต่อ นักศึกษาในเรื่องของความพอเพียงของรายรับ-รายจ่าย และมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁰

ความเครียด จากการศึกษาพบว่าความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา ในทุกด้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดมีความ สัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและด้านดี มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01¹²

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดทางอารมณ์ของ นักศึกษาในทุกด้านซึ่งสอดคล้องกับกล่าวว่าจากนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มนักศึกษาที่เริ่มเข้ามาศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นปีแรกซึ่งถือเป็น ช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมตอนปลาย เข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีรูปแบบการเรียนการสอน ที่แตกต่างกันค่อนข้างมากโดยต้องมีความเป็นผู้ใหญ่และต้องรับ ผิดชอบตนเองมากขึ้น นอกจากนี้นักศึกษายังต้องปรับตัวเข้ากับ เพื่อน อาจารย์ หรือ สิ่งแวดล้อมใหม่ต้องย้ายเข้ามาอยู่ในหอพัก ของมหาวิทยาลัยซึ่งบางคนค่อนข้างห่างไกลจากครอบครัวมาก ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้นักศึกษาจำเป็นต้องปรับตัว ซึ่งหาก นักศึกษารายใดไม่สามารถปรับตัวได้หรือขาดแหล่งสนับสนุนที่ ดีก็มักเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด หรือซึมเศร้าได้¹³ และสอดคล้องกับนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหญิง

นอกจากนักศึกษาต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตของการเรียน วิชาชีพพยาบาล ที่มีแนวโน้มต่อการเกิดความเครียดและ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล จะส่งผล กระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งผลกระทบรุนแรงที่สุดของภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษา คือ การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ นักศึกษาต้องปรับตัว ด้านสรีรวิทยาและสิ่งแวดล้อมรอบตัวแล้ว ยังต้องมีการปรับตัว กับรูปแบบการเรียนและการใช้ชีวิตของการเรียนในวิชาชีพ พยาบาลซึ่งจะมีแนวโน้มทำให้เกิดความเครียดและเกิด ภาวะซึมเศร้าได้สูง¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยความเครียดและ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ดังนั้น ควรส่งเสริมด้านการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับความฉลาด ทางอารมณ์ เช่น การเผชิญปัญหา การจัดการกับความเครียด การหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ การบริหารเวลา และกิจกรรม ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดและลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ นักศึกษาได้ผ่อนคลายและมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ ที่เหมาะสมและมีความพร้อมในการเรียน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ สามารถทำนายเกิดความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา พยาบาลให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพิ่มเติมปัจจัยที่ได้ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ในการใช้ชีวิตในวิทยาลัยพยาบาล เป็นต้น

References

1. Poomsaguan, K. Nurses and Development of Emotional Quotient, Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3): 18-23. (In Thai)
2. Goleman, D. 1998. Emotion Intelligence, New York : Bantan Book.
3. Promla, W. The Emotional Quotient of nursing students Private University in Pathumthani Province. SSRU Graduate Studies Journal 2015; 2(2): 432-38. (In Thai)
4. Department of mental health, Emotional Quotient. Nonthaburi: Bangkok; 2003. (In Thai)
5. Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory II San Antonio. TX: The Psychological Corporation.
6. Boonjeang, P. Factors Affecting Emotional Quotient and a model of Emotional Quotient Development of Students in Higher Education Institutions in Songkhla Province. [Thesis]. Songkla: Hatyai University; 2013. (In Thai)
7. Nuchutham, W. The Development of Emotional Intelligence in Nursing Student. Nursing Journal 2017; 4: 505-19. (In Thai)
8. Pongklum, O. The Emotional Quotient among Nursing Students in a Private University, Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017; 25(3): 9-18. (In Thai)
9. Moopayak, K. Correlation between Emotional Intelligence and Adaptive Behaviors of Nursing Students. Journal of Nursing Science 2015; 33(1): 55-65. (In Thai)
10. Choothong, C. A Study of University's Students Emotional Quotient (EQ) In Science In Daily Life Class (4000112) Lampang Rajabhat University. National Conference Phetchabun Rajabhat University 2017;4(3): 438-66. (In Thai)
11. Ngamkham, N. Factors Affecting Emotional Quotient of Studys in Health Science Curriculums at Huachiew Chalermprakiet University. HCU Journal 2016; 20(39): 45-56. (In Thai)
12. Bhoosahas, P. Correlation Among Meditation, Stress, And Emotional Intelligence of Police Nursing Students. Journal of The Police Nurses 2016; 8(1): 145-52. (In Thai)
13. Vatanasin, D. Social Problem-solving and Depression among Nursing Students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2019; 29(1): 87-99. (In Thai)
14. Kaewmart, N. Nursing Student with Depression. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2013; 21(3): 14-23. (In Thai)

สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

Mental Health and Adaptation among Postpartum Mothers

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล* สุภาพักตร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว วรนุช ไชยวาน นงนุช บุญมาลา

Soiy Anusorntheerakul* Suphaphak Harnklar Anchalee Ounkaew Woranuch Chaiwan Nongnuch Boonmala

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330

Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus, Udonthani Thailand 41330

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิต การปรับตัว และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 119 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักเท่ากับ 0.74, 0.78, 0.77 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 14.3 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.4 มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 8.4 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.1 และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปรับตัวหลังคลอด ($p < .05$) ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปรับตัวหลังคลอด ($p > .05$)

คำสำคัญ: สุขภาพจิต การปรับตัวหลังคลอด มารดาหลังคลอด

Abstract

This descriptive research aimed to study mental health, adaptation, and the associated between mental health and adaptation of postpartum mothers. The sample consisted of 119 postpartum mothers. The data were collected by mental health assessment form such as stress assessment form, depression risk assessment form, depression assessment form, and the clinical tool for assessing adaptation to motherhood. The confidence of evaluation form by Cronbach's alpha coefficients were 0.74, 0.78, 0.77 and 0.92, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and chi-squares. The results showed that 14.3 percent of postpartum mothers had moderate to high stress level, 8.4 percent had risk of depression, 8.4 percent had mild to moderate depression level. Adaptation to maternal roles was low level at 10.1 percent. The stress was found to be statistic associated with postpartum adaptation ($p < .05$). The risk of depression and postpartum depression were no statistic associated with postpartum adaptation ($p > .05$).

Keywords: mental health, postpartum adaptation, postpartum mother

Corresponding author: *E-mail: soianu@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 14 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ต.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 พ.ย. 2565

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นภาวะจิตใจ อารมณ์ และความคิดที่เกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ ในมารดาหลังคลอดจะประเมินได้จากความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า¹ ซึ่งโดยทั่วไปมารดา 2-3 วันหลังคลอดจะมีอาการเครียด และมีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวหลังคลอดได้ แต่มีมารดาบางรายที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) ที่พบได้ค่อนข้างบ่อย² ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของมารดา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การปรับบทบาทและการปรับตัวบกพร่องไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลทารก สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ การตอบสนองทางด้านอารมณ์เปลี่ยนแปลง ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม และเพิ่มภาระแก่ครอบครัว เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล และครอบครัวขาดรายได้ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากขึ้น และทำให้มารดามีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น³

การศึกษาความชุกสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ ช่วงเวลา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 5.2-64⁴⁻⁹ การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 500 คน ในปี พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลในมารดาหลังคลอดระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.20⁸ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาความเครียด และความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าของมารดา 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากการสุ่มตรวจสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 20 คน พบว่ามารดาหลังคลอดทั้ง 20 คน ไม่ได้รับการประเมินสุขภาพจิต¹⁰ ทั้งที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹¹ มีนโยบายให้ประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังคลอด 6 สัปดาห์ทุกคน ส่วนการศึกษาสุขภาพจิตของมารดา 4-6 สัปดาห์

หลังคลอดจำนวน 129 คน ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตคนไทย (Thai mental health indication: TMHI-55) พบว่ามารดาหลังคลอดมีสุขภาพจิตในระดับต่ำร้อยละ 12.40 และพบว่าการปรับตัวมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด¹² อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตส่วนใหญ่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ทั้งที่ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นได้ในมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการประเมินสุขภาพจิตในระยะหลังคลอดที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาจากการสังเกตอาการพฤติกรรม และคำบอกเล่าจากครอบครัว ทำให้มารดาหลังคลอดไม่ได้รับการป้องกันภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมถึงการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดซ้ำด้วย¹³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาใน 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ยังไม่มีการประเมินสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลมารดาหลังคลอดให้ดีขึ้น ช่วยให้การมารดาหลังคลอดได้รับการดูแล การเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือได้ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น โดยใช้การประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดของกรมสุขภาพจิต¹ ที่นำมาใช้ในการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ได้แก่ แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) และแบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด (clinical tool for assessing adaptation to motherhood) ที่ครอบคลุมการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ด้านร่างกาย จิตใจและพัฒนาการ¹⁰ ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด¹²

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างไร
2. สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

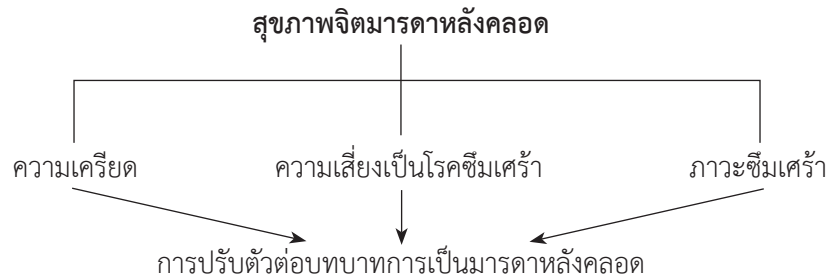
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional data collection) ในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังคลอดทุกกลุ่มอายุในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran¹⁴ เมื่อ $n = Z^2 p (1-p) / e^2$ กำหนดสัดส่วนของมารดาหลังคลอดที่มีสุขภาพจิตในระดับต่ำ (p) เท่ากับร้อยละ 12.40¹² ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (z) ร้อยละ 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ (e) ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 119 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจภาษาไทย และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติทุกประเภทที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด และทารกไม่มีความผิดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ฐานะเศรษฐกิจครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การฝากครรภ์ จำนวนการคลอด ความพึงพอใจในการคลอด

2. แบบประเมินความเครียด ST-5¹¹ จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1) แทบไม่มีการ ไม่มีการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง (0 คะแนน) 2) เป็นบางครั้งหรือมีอาการมากกว่า 1 ครั้งแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) 3) บ่อยครั้งมีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน) และ 4) เป็นประจำ มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน คะแนนที่มากขึ้นถือว่ามีความเสี่ยง แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเครียดน้อย (0-4 คะแนน) ระดับเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับเครียดสูง (≥ 8 คะแนน)

3. แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q¹¹ จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ เลือกตอบ มีหรือไม่มี การแปลผล ถ้าตอบไม่มีทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าปกติไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ต่อไป และควรได้รับการให้คำปรึกษา และส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อรับการดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q¹¹ จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1) ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) 2) มีอาการเป็นบางวันหรือมีอาการ 1-7 ครั้ง (1 คะแนน) 3) มีอาการบ่อยหรือมีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 7 ครั้ง (2 คะแนน) และ 4) มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก (no depression) (< 7 คะแนน) 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) (7-12 คะแนน) 3) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) (13-18 คะแนน) และ 4) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (>19 คะแนน)

5. แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด (clinical tool for assessing adaptation to motherhood)¹⁰ จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุมใน 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 การรับรู้ต่อการเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1-10) ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤตทางจิตสังคม จำนวน 14 ข้อ (ข้อ 11-24) และประเด็นที่ 3 ความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา จำนวน 16 ข้อ (ข้อ 25-40) มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีระดับการวัดคือ ไม่เป็นความจริงเลย เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย เป็นความจริงเป็นส่วนมาก และเป็นความจริงมากที่สุด คะแนนของแบบประเมินโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามระดับการเรียนรู้ของ Bloom¹⁵ คือ 1) การปรับตัวในระดับสูง มีคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) การปรับตัวในระดับปานกลาง มีคะแนนรวมร้อยละ 60-79 และ 3) การปรับตัวในระดับต่ำ มีคะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (reliability) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัทของแบบประเมินความเครียดเท่ากับ 0.74 แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q เท่ากับ 0.78 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.77 และแบบประเมินการปรับตัวหลังคลอดเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง (self-report questionnaire) พร้อมกันทั้ง 3 ชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 029 2564 เลขที่ SKN REC 2021-008 ลงวันที่รับรอง 26 เมษายน 2564 ข้อมูลในการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

มารดาหลังคลอดทั้งหมด 119 คน ตอบแบบสอบถามครบถ้วนและสมบูรณ์ มีอายุระหว่าง 15-42 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปีร้อยละ 38.7 รองลงมาอายุ 20-24 ปีร้อยละ 24.4 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวสหรือปวช. ร้อยละ 36.1 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.1 อาชีพของมารดาก่อนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงานร้อยละ 50.4 รองลงมารับจ้างทั่วไป และเป็นเกษตรกรร้อยละ 27.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมดและเกือบทั้งหมดอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 90.8 เศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่มีเพียงพอไม่มีหนี้สินร้อยละ 87.4 ครอบครัวรักใคร่กันดีร้อยละ 94.7 เป็นการคลอดครั้งแรกร้อยละ 47.9 และเป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 52.1 ฝากครรภ์ขณะตั้งครรภ์ทุกคน ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 71.4 และมีความพึงพอใจในการคลอดร้อยละ 91.6

ตารางที่ 1 สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด (n = 119)

สุขภาพจิตและการปรับตัวหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด (ST-5)		
ระดับความเครียดน้อย (0-4 คะแนน)	102	85.7
ระดับความเครียดปานกลางถึงระดับสูง (5-9 คะแนน)	17	14.3
ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (2Q)		
ไม่มีความเสี่ยง	109	91.6
มีความเสี่ยง	10	8.4
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า/มีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก (< 7 คะแนน)	109	91.6
ซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (7-18 คะแนน)	10	8.4
การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด		
การปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ	12	10.1
การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง	79	66.4
การปรับตัวอยู่ในระดับสูง	28	23.5

จากตารางที่ 1 การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด ST-5 พบว่ามารดาหลังคลอดมีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูงร้อยละ 14.3 การประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q พบว่ามารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 8.4 ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะ

ซึมเศร้าวระดับน้อยถึงระดับปานกลางร้อยละ 8.4 และไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับรุนแรง มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.4 และปรับตัวได้ในระดับต่ำร้อยละ 10.1

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด (n = 119)

สุขภาพจิต	ระดับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา				X ² -test	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
ความเครียด						
ระดับน้อย	10(9.8)	64(62.7)	28(27.5)	102(100)	6.148	.046*
ระดับปานกลางถึงระดับสูง	2(11.8)	15(88.2)	0(0)	17(100)		
รวม	12(10.1)	79(66.4)	28(23.5)	119(100)		
ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า						
ไม่มีความเสี่ยง	10(9.2)	72(66.0)	27(24.8)	109(100)	1.935	.380
มีความเสี่ยง	2(20.0)	7(70.0)	1(10.0)	18(100)		
รวม	12(10.1)	79(66.4)	28(23.5)	119(100)		
ภาวะซึมเศร้า						
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	11(10.1)	71(65.1)	27(24.8)	109(100)	1.154	.562
มีภาวะซึมเศร้า	1(10.0)	8(80.0)	1(10.0)	10 (100)		
รวม	12(10.1)	79(66.4)	28(23.5)	119(100)		

* p-value <.05

จากตารางที่ 2 มารดาที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูง ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระดับสูง สามารถปรับตัวได้ในระดับต่ำถึงระดับปานกลางเท่านั้น ในขณะที่มารดาที่มีความเครียดระดับน้อย ปรับตัวได้ในระดับสูงร้อยละ 27.5 และพบว่าความเครียดและการปรับตัวหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมารดาที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

สุขภาพจิตของมารดาใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูงถึงร้อยละ 14.3 ความเครียดระดับปานกลางและระดับสูง จะมีอารมณ์ทางลบที่แสดงออก ได้แก่ ความวิตกกังวล กลัว โกรธ และมีพฤติกรรมด้านลบ ได้แก่ ทำงานได้น้อยลง ทำงานผิดพลาดมากขึ้น ขาดสมาธิ หลงลืม ก้าวร้าว ทำให้เกิดอารมณ์หรือความรู้สึกที่เป็นวิกฤต¹⁶ ความเครียดหลังคลอดในระดับสูงจะกระตุ้น ให้มีการหลั่ง catecholamine และ cortisol ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวทำงานลดลง และกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง adrenaline มากขึ้นทำให้มีการไหลเวียนโลหิตลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อกลับสู่สภาพเดิม (เข้าอู่) ช้าลง ทำให้การหลั่งน้ำนมลดลง รวมถึงการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดช้าลงด้วย¹³ มารดาหลังคลอดที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูง จึงควรได้รับการดูแลและการช่วยเหลือในระยะพึ่งพาหรือในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด (taking in phase) จนกว่ามารดาจะมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวของมารดาหลังคลอด และควรได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำในการผ่อนคลายเพื่อระบายหรือคลายความเครียด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹ ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีความเครียดในระดับน้อย เป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหากับมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ สามารถปรับตัวและปรับบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้¹

มารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.4 เท่ากัน ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง และไม่พบภาวะซึมเศร้าในระดับมากและรุนแรง ความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการศึกษาค้างนี้

มากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q และประเมินในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด เช่นเดียวกันพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 5.20⁸ อาจเนื่องจากการศึกษาค้างนี้เก็บครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดเป็นครั้งแรก และอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 19 ทำให้มีการจำกัดการเยี่ยมทั้งจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ระยะเวลาการเข้าเยี่ยม อาจทำให้มารดาหลังคลอดมีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดามีความต้องการพึ่งพา ต้องการพักผ่อน จึงต้องการการดูแลทั้งการดูแลมารดาและทารก อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแม้จะอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง มารดายังสามารถดูแลตนเองและสามารถดูแลทารกได้ตามปกติ ก็อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกได้ เช่น ความไม่มั่นใจในการดูแลทารก ความวิตกกังวล และความอดทนต่อความเครียดลดลง ดังนั้น แม้มารดาหลังคลอดจะมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ก็ควรได้รับคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาเพื่อเฝ้าระวังหรือส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงต่อไป

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและสูง ทั้งนี้เนื่องจากการดาหลังคลอดทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่และส่วนใหญ่อยู่กับสามีและอยู่ในครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวรักใคร่กันดีเกือบทั้งหมด ฐานะเศรษฐกิจด้านการเงินมีความเพียงพอไม่มีหนี้สินเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มารดาหลังคลอดมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี นอกจากนั้น ยังเป็นมารดาและทารกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด และมีความพึงพอใจในการคลอดถึงร้อยละ 91.6 จึงทำให้มีการปรับตัวหลังคลอดได้ดีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนมารดาที่ปรับตัวได้ในระดับต่ำมีร้อยละ 10.1 เป็นระดับการปรับตัวที่มารดาต้องควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เพราะมารดาต้องปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการตามระยะพัฒนาการ¹⁷ มารดาในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีฐานะเศรษฐกิจที่ดี มีความพึงพอใจในการคลอดเป็นส่วนใหญ่ดังกล่าวมาแล้ว ทำให้พบอัตราการปรับตัวในระดับต่ำน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความพร้อมทางฐานะ เศรษฐกิจ ความเครียดมีผลต่อการปรับตัวของมารดาหลังคลอด¹⁸ อย่างไรก็ตาม การที่มีมารดาบางคนปรับตัวได้ในระดับต่ำนั้น ถือเป็นความ

ทำหายอย่างมากในการดูแลมารดาหลังคลอด การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดามีสุขภาพจิตที่ดีด้วย การศึกษาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวหลังคลอด จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมเกิดขึ้นตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด² และมีผลต่อการพัฒนาบทบาทสู่การเป็นมารดาในระยะหลังคลอด มารดาจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับการปรับตัวหลังคลอด จึงส่งผลกระทบต่อความเครียด และมารดาที่มีความเครียดสูงยังต้องปรับตัวสูงขึ้น¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป²⁰ การทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ของมารดาหลังคลอดสามารถทำนายสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอด¹² และความเครียดมีผลต่อการปรับตัวหลังคลอด¹⁸ ส่วนความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากหลังคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์อยู่แล้ว โดยเฉพาะในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาหลังคลอดมีความต้องการพึ่งพา จึงพบว่ามารดาหลังคลอดอย่างน้อยร้อยละ 50 มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของมารดาหลังคลอดค่อนข้างน้อย²¹⁻²² ในทำนองเดียวกัน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะสั้นๆ อาจมีผลต่อการปรับตัวของมารดาหลังคลอดไม่ชัดเจน และยังไม่มียาหรือมารดาหลังคลอดรายใดที่แสดงภาวะซึมเศร้าทางด้านพฤติกรรม หรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถปรับตัวได้ จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของมารดาหลังคลอดทางสถิติ นอกจากนั้น มารดาหลังคลอดในการศึกษาครั้งนี้มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่กับสามี และเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจดีเป็นส่วนใหญ่ และมีความรักใคร่กันดีในครอบครัว มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้าน จึงมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี¹² จึงพบว่าความเสี่ยงเป็นโรค

ซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า^{8-9,12,23-24} ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังคลอด ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า ก็มีโอกาสเกิดการปรับตัวไม่ได้หรือไม่เหมาะสม จึงต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมการปรับตัวหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ดังนั้น ควรทำการประเมินสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกคน เมื่อพบว่ามีความผิดปกติควรให้คำปรึกษาและการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ควรทำการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดทั้งความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ไปพร้อมๆ กัน หากพบว่ามีความผิดปกติที่แบบประเมินใดก็ตาม ควรให้คำปรึกษาและส่งพบบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสุขภาพจิตและการปรับตัวหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีอายุมาก มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวหลังคลอดในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีความหลากหลาย

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using of mental health tools for public health personnel in community hospitals. Nonthaburi: Department of Mental Health, Department of Mental Health; 2015. (in Thai)

2. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K. Maternal and women's health care. 10th ed. USA: Elsevier; 2012.
3. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2014; 24(6): 975-87.
4. Duang-eaad K. Prevalence of postpartum depression in teenage pregnancy at Kuankanoon Hospital. *Region 11 Medical Journal* 2017; 31(3): 457-64. (in Thai)
5. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors predicting postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2017; 44(3): 19-29. (in Thai)
6. Nuanchawee W, Thaweesak Kasiphon T, Kanokporn Nateethanasombat, K. The prevalence of postpartum depression and factors predicting depression in postpartum mothers. *Journal of Health Science* 2018; 21(42): 65-77. (in Thai)
7. Kittichotiwat W, Prevalence and associated factors of postpartum depression in Kaengkhoh Hospital, Saraburi Province. *Journal of Medicine* 2018; 43(5): 125-30. (in Thai)
8. Phumek S, Kovavisarat E, Kuanphakul M, Sangpitak W. Factors predicting depression of postpartum mothers who come to Rajavithi Hospital. *Journal of Nursing and Health Research* 2019; 35(3): 158-70. (in Thai)
9. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavitpatana B. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2020; 47(2): 169-79. (in Thai)
10. Anusornteerakul S, Ounkaew A, Hanklar S, Sitthi K, Booranasun T. The study of mental health and adaptation among postpartum mothers. Research report. Udonthani: Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus; 2021. (in Thai)
11. Department of Health, Ministry of Public Health. Maternal and child health diary. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
12. Pansi S, Phahuwatanakorn W, Yussamran C, Putdivarnichapong W. Adaptive factors influencing mental health of postpartum mothers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2019; 20(2): 160-69. (in Thai)
13. Boonyaporn T, Saetan C. Nursing role: stress management of pregnant teenage. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017; 4(3): 271-81. (in Thai)
14. Cochran WC. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1973.
15. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
16. Kiruthiga, V. Emotive whims distressing pregnant women. *International Journal of Engineering and Technology* 2017; 4(8): 2194-96.
17. Sunanta S, Yusamran C, Phahuwatanakorn W. Effect of providing knowledge and support primiparous adolescent mother and grandmother on maternal role attainment. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2019; 17(2): 125-34. (In Thai)
18. Junsri S, Nitipong V, Rueangrong B. The factors related to postpartum depression in teenage mothers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2017; 8(3): 236-43. (in Thai)

19. Srisawad K, Panyapinitnukul C, Sonnark N. Health promoting behavior in pregnancy. Songklanagarind Journal of Nursing 2018; 38(2): 95-109. (in Thai)
20. Karuna P. Stress and coping mechanisms of mothers separated from their sick babies during postpartum period in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat 2018; 1(2): 67-77. (in Thai)
21. Marshall JE, Raynor MD. Myles textbook of midwives. 17th ed. Poland: Elsevier; 2020.
22. Drake E, White MS. Postpartum adaptations and nursing care. In Murray S, Mckinney E, Holub KS, Jones R. (eds). Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 7th ed. St. Louis Missouri: Elsevier; 2019. : 458-64.
23. Saenbunma K, Deoisres W, Chuahom U. Predictors of postpartum depression among women with emergency cesarean section. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019; 27(3): 23-31. (in Thai)
24. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meeda S, Alizadeh-Charandabi SM, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. BMC Women Health 2020; 20(180): 1-8.

การศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์

The Study of Conflict Management Competencies of Professional Nurses, a Community Hospital, Surin Province

สุวัชร โลนุช อารี ชิวเกษมสุข* สุภมาส อังสุโชติ

Suwaphat Lonuch Aree Cheevakasemsook* Supamas Angsuchoti

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) กลุ่มที่ตอบแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 18 คน และ 2) กลุ่มร่วมสนทนากลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง และแนวทางการสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการหาความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.92 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 71.09$, $s.d. = 9.24$) ตามกระบวนการจัดการความขัดแย้ง 4 ขั้นตอนตั้งแต่ วินิจฉัยความขัดแย้ง นิยามปัญหาความขัดแย้งในองค์กร พิจารณาผลของความขัดแย้ง และกำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง และ 2) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งมี 3 ด้าน คือ (1) ด้านบริบท ได้แก่ การบริหารจัดการในองค์กร การนำเทคโนโลยีมาใช้ และการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย (2) ด้านทักษะและศักยภาพ ได้แก่ การส่งเสริมบุคลากรมีความรู้และความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง และการจัดกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจ และ (3) ด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดี การจัดกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจและการให้คำตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความขัดแย้ง

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การจัดการความขัดแย้ง, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This mixed method research aimed to study conflict management competency and to explore the guidelines for the development of conflict management competency of professional nurses. The sample group was divided into 2 groups as follows: the group who answered and the group that participated in the group discussion. The quality inspection with the content validity index for a scale of 0.92 and the reliability for a scale of 0.87

The results of the research were as follows: 1) The overall conflict management competency of professional nurses was at a moderate level. From the group discussion, it was found that Conflict management competencies are classified according to conflict management processes as follows: (1) Conflict diagnosis by analyzing 7 causes of conflict: ineffective communication; Too many non-nurse tasks resource, Competition and competition at the event, Relationships unfair consideration of merit, Differences in personal attributes and Non-compliance with professional standards. (2) Definition of conflict problems by specifying types of conflicts in descending order as follows: interpersonal conflicts; conflict between groups and internal conflicts; (3) consider the consequences of conflicts by identifying positive and negative effects of conflict; and 4) formulate conflict resolution strategies. The most commonly used method is avoidance. and the least used method was the consent method and 2) the guidelines for the development of conflict management competency of professional nurses consisted of 3 dimensions: (1) context dimensions (2) Skills and Potential dimensions (3) psychological dimensions that emphasized motivate.

Keywords: Competency, Conflict management, Professional nurses

บทนำ

ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เมื่อทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ และในยุคปัจจุบันที่สังคมมีความซับซ้อนสูงเป็นสังคมที่หลากหลายไปด้วย¹ ความแตกต่างทางด้านพื้นฐานความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความต้องการผลประโยชน์² ผลของความหลากหลายนี้ ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับความขัดแย้งอยู่ตลอดเวลา³

องค์การพยาบาล เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมากของโรงพยาบาล มีจำนวนบุคลากรจำนวนมากที่สุด มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ความคิด ค่านิยม ทักษะ และความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ⁴ เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรพยาบาลขึ้นได้ การปฏิบัติงานร่วมกันภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือการสื่อสารบกพร่อง การมีบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน การปฏิบัติงานที่ใช้มาตรฐานแตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาล มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาแตกต่างกันและอาจเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรพยาบาลขึ้นได้⁴

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ เกิดขึ้นบ่อยครั้งแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งเลย ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อร้องเรียนต่างๆ เกี่ยวกับความขัดแย้งในโรงพยาบาลมาแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม โดยพบอุบัติการณ์การเกิดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

พยาบาลมีอุบัติการณ์ ดังนี้ ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลในหน่วยงานเดียวกัน ร้อยละ 46.30 ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลและวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล ร้อยละ 24.45 และ ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 29.25⁵ อีกทั้งการจะพัฒนาศักยภาพและความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความขัดแย้งนั้นยังไม่มีกรอบเพื่อพัฒนาแต่อย่างใด เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์กร เกิดบรรยากาศที่ไม่ดีในการทำงาน เกิดภาวะเครียด ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁶

โดยสรุป ความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพมีทั้งผลด้านบวก และด้านลบ ส่งผลทำให้บรรยากาศในองค์กรไม่น่าอยู่น่าทำงาน มีผลทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนต้องลาออกจากที่ทำงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาการจัดการความขัดแย้งอย่างแพร่หลายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ มีเพียงการศึกษาในวิชาชีพอื่นเท่านั้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ และเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์กร เกิดบรรยากาศที่ไม่ดีในการทำงาน เกิดภาวะเครียด ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่ได้แจ้งความประสงค์ลาออก (Exit Interview) พบว่า เหตุผลในการลาออกอันดับที่ 1 คือภาวะความอึดอัดใจ ภาวะความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล

วิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการความขัดแย้งในองค์กร เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเข้าสู่โลกของอนาคตที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและความหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถที่อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์

คำถามการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ มีสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) การศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง ใช้แนวคิดการจัดการความขัดแย้งของแอนเดอร์สัน^๖ เพื่อสร้างแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์ มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) วินิจฉัยความขัดแย้ง คือการวิเคราะห์หาสาเหตุของความขัดแย้ง (2) นิยามปัญหาความขัดแย้ง คือ การพิจารณาประเภทของความขัดแย้งว่าเป็นความขัดแย้งภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคล หรือระหว่างกลุ่ม (3) พิจารณาผลของความขัดแย้ง คือ การพิจารณาผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังความขัดแย้งว่าเป็นผลดีหรือผลเสียอย่างไร และ (4) กำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง คือ การเลือกใช้วิธีการแก้ไขความขัดแย้งให้เหมาะสมกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และ 2) การศึกษาแนวทางการแก้ไขความขัดแย้ง ใช้แนวคิดการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของราฮิม^๗ ประกอบด้วย 5 รูปแบบ ดังนี้ (1) การบูรณาการ (Integrating) (2) การยอมตาม (Obliging) (3) การบังคับ (Dominating) (4) การหลีกเลี่ยง (Avoiding) และ (5) การ

ประนีประนอม (Compromising)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) แบบเชิงอธิบายติดตาม (Follow-up explanation design) แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 การสร้างแบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ และการวิจัยระยะที่ 2 การสนทนากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง

ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ทำแบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของโรงพยาบาลแห่งนี้ จำนวน 18 คน
2. กลุ่มที่ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน หัวหน้าคลินิกพิเศษ หัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน โดยคัดเลือกจากหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ความขัดแย้งสูง จำนวน 3 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้มี 2 ชุด ดังนี้

1. แบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเองใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ
ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 สมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง ประกอบด้วย การจำลองสถานการณ์ 3 สถานการณ์ ประกอบด้วย โจทย์สถานการณ์ละ 4 ข้อ เป็นแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์ ใช้วิธีเขียนตอบข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน สถานการณ์ละ 16 คะแนน รวมทั้งหมดเป็น 48 คะแนน เมื่อตอบได้ถูกต้องตามแนวคิดทฤษฎีที่กำหนดไว้

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

(Focus group discussion) จำนวน 5 ข้อ เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยการตรวจสอบความถูกต้องครั้งนี้ด้วยวิธี IOC (Index of item objective congruence) ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 เมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ COA No. 010 /2563 รับรองเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆ สิทธิในการบอกยุติการให้ความร่วมมือ การรักษาความลับไม่เปิดเผยข้อมูลอันเป็นความลับหรือข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดผลเสียหายและทำลายข้อมูลดิบทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงมีการลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การทำแบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง ดำเนินการดังนี้

1) นิตหมายพยาบาลวิชาชีพในการทำแบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในวันที่ 14 พฤษภาคม 2564 ชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดการทำแบบทดสอบ ดังนี้ วัตถุประสงค์ จำนวน ลักษณะและเวลาการทำแบบทดสอบ

2) จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการทำแบบทดสอบ

2.1 นิตหมายพยาบาลทำการทดสอบตามภาระงาน และการขึ้นปฏิบัติงานตามความจำเป็นในช่วงที่มีการแพร่

ระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม วันละ 9 คน

2.2 แจกแบบทดสอบและชี้แจงการทำแบบทดสอบอีกครั้ง โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 90 นาที

2.3 เก็บรวบรวมแบบทดสอบทันทีหลังจากทดสอบเสร็จ และนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.4 นำคะแนนจากแบบทดสอบ จากข้อ 2.4 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามคู่มือการให้คะแนนปรับแนวคำถาม ในการสนทนากลุ่ม ให้มีความเหมาะสม ครบคลุมและตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่ม ดำเนินการดังนี้

1) เตรียมผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และติดต่อให้เข้าร่วมการสนทนา โดยคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีคุณสมบัติเบื้องต้นคล้ายคลึงกัน มีอายุงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และเป็นหัวหน้าหรือรองหัวหน้าแต่ละหน่วยงาน กระจายออกไปทุกแผนกในโรงพยาบาล

2) เตรียมเนื้อหา เตรียมอุปกรณ์ เตรียมสถานที่ที่สามารถควบคุมเสียงรบกวนจากภายนอก และปิดมิดชิดเป็นส่วนตัว

3) ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ มีผู้ช่วยในการจดบันทึก และช่วยดูแลอำนวยความสะดวกต่าง ๆ แก่ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

4) กล่าวสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนา และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนา

5) รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลผลการทำแบบทดสอบสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ

จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี (ร้อยละ 77.78) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าทุกคนมีประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 44.44) ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมหรือค้นคว้าด้วยตนเองเรื่องการจัดการความขัดแย้งในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.55) ไม่เคยนำความรู้เรื่องการจัดการความขัดแย้งมาใช้ในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 55.55) มีความขัดแย้งในหน่วยงาน (ร้อยละ 88.88) ส่วนใหญ่มีความขัดแย้งกับหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 68.75) โดยมีความถี่สูงสุดในการเกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน คือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 72.72) มีความ

ขัดแย้งในหน่วยงานเดียวกัน (ร้อยละ 43.75) และมีความถี่สูงสุดในการเกิดความขัดแย้งในหน่วยงาน คือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 57.14)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามขั้นตอนของการจัดการความขัดแย้ง พบว่าพิจารณาผลของความขัดแย้งอยู่ในระดับดี วินิจฉัยความขัดแย้ง นิยามปัญหาความขัดแย้งและกำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ จำแนก เป็นรายด้านและโดยรวม (n = 18 คน)

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง	$\bar{X}$ (%)	s	ระดับ
1. วินิจฉัยความขัดแย้ง	68.13	5.67	ปานกลาง
2. นิยามปัญหาความขัดแย้ง	66.33	5.50	ปานกลาง
3. พิจารณาผลของความขัดแย้ง	84.83	5.42	ดี
4. กำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง	65.08	5.52	ปานกลาง
โดยรวม	71.09	9.24	ปานกลาง

ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งขั้นที่ 1 วินิจฉัยความขัดแย้งสรุปได้ว่า สาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มีทั้งหมด 7 ประการ ดังนี้ 1) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2) ภาระงานที่ไม่ใช่งานที่พยาบาลมากเกินไป 3) การแข่งขัน และชิงดีชิงเด่นในงาน 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี 5) การพิจารณาความดีความชอบไม่เป็นธรรม 6) คุณลักษณะส่วนบุคคล และ 7) การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งขั้นที่ 2 นิยามปัญหาความขัดแย้งพยาบาลวิชาชีพสามารถจำแนกประเภทของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ความขัดแย้งระหว่างบุคคลภายในหน่วยงาน รองลงมาคือ ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มบุคคล และที่เกิดขึ้นน้อยที่สุดคือ ความขัดแย้งภายในตัวบุคคล

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งขั้นที่ 3 พิจารณาผลของความขัดแย้ง สามารถอธิบายถึงผลดีและผลเสียของความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มีรายละเอียดดังนี้ 1) ผลดีของความขัดแย้ง ประกอบด้วย (1) สร้างความกระตือรือร้นมากขึ้น (2) ก่อให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ (3) ก่อให้เกิดการปรับปรุง

แก้ไขปัญห และสร้างสรรค์งานใหม่และ (4) การทำให้ทราบแหล่งปัญหาในองค์กร 2) ผลเสียของความขัดแย้ง ประกอบด้วย (1) เครียดและเหนื่อยหน่ายในงาน (2) ทำลายความสุขและความสามัคคีจนอาจย้ายหรือลาออก และ (3) เกิดผลเสียต่อองค์กร

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งขั้นที่ 4 กำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง พบว่ากลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้งที่พยาบาลวิชาชีพเลือกใช้มากที่สุด คือวิธีการหลีกเลี่ยง และวิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด คือ วิธีการยอมตาม และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพมี 3 ประการ ดังนี้ 1) ด้านบริบท 2) ด้านทักษะและศักยภาพ และ 3) ด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งจากการสนทนากลุ่มสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ด้านบริบท แบ่งเป็น บริบทภายใน ได้แก่ การบริหารจัดการในองค์กร เช่น การพัฒนาระบบการจัดการความขัดแย้ง การนำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น การนำระบบดิจิทัลมาอำนวยความสะดวกในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และ

บริบทภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย เช่น การหาแนวทางแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ทันสมัยเพราะวิธีการแก้ไขปัญหาแบบเดิม อาจใช้ไม่ได้ผลในยุคปัจจุบัน

2. ด้านทักษะและศักยภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะ ในการจัดการความขัดแย้ง

3. ด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร การจัดกิจกรรมที่ให้ขวัญและกำลังใจ และมีคำตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความขัดแย้ง

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีประเด็นนำมาอภิปรายผลได้ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่ สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผล 2 ประการ ได้แก่ ประการที่หนึ่ง โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีความขัดแย้งเกิดขึ้นในหน่วยงานสูงถึงร้อยละ 88.88 และมีความขัดแย้งกับหน่วยงานอื่นบ่อย โดยมีความถี่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 72.72 มีความขัดแย้งในหน่วยงานเดียวกัน โดยมีความถี่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 57.14 และประการที่สอง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.55 ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมหรือค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่องการจัดการความขัดแย้ง เนื่องจากแม้พยาบาลวิชาชีพประสบกับความขัดแย้งบ่อยก็ตาม แต่ส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการจัดการความขัดแย้งไม่มาก ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้จึงมีสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถวินิจฉัย ความขัดแย้ง นิยามปัญหาความขัดแย้ง พิจารณาผลของความขัดแย้ง และกำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความขัดแย้งในสถานศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยความขัดแย้ง นิยามปัญหาความขัดแย้ง พิจารณาผลของความขัดแย้ง และกำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰

สมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามขั้นตอนของการจัดการความขัดแย้ง พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ยกเว้นขั้นตอนการพิจารณาผลของความขัดแย้งอยู่ในระดับดี และจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ผลดีและผลเสียที่เกิดจากความขัดแย้งได้อย่างชัดเจน เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีความขัดแย้งเกิดขึ้นในหน่วยงานสูงถึงร้อยละ 88.88 และมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในหน่วยงานเดียวกัน และกับหน่วยงานอื่นบ่อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งนี้ส่วนใหญ่ประสบกับความขัดแย้งบ่อยมาก ทำให้รับรู้ผลลัพธ์จากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรมมากกว่าขั้นตอนอื่น ๆ ของการจัดการความขัดแย้ง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียได้อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรม การแสดงออกของคนที่เกิดความขัดแย้งขึ้นในองค์กร สามารถวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของความขัดแย้งได้ในระดับดี ด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง¹¹ แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาการจัดการความขัดแย้งในสถานศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัย ความขัดแย้ง นิยามปัญหาความขัดแย้ง พิจารณาผลของความขัดแย้ง และกำหนดกลยุทธ์การแก้ไขความขัดแย้ง¹⁰

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ จากผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ สามารถสรุปจัดหมวดหมู่ได้ 3 ด้านที่สำคัญ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านบริบท ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม มีการเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งด้านบริบท ประกอบด้วย บริบทภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย และ บริบทภายใน ได้แก่ การบริหารจัดการในองค์กรและการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานสูง ร้อยละ 68.75 และในหน่วยงานเดียวกัน ร้อยละ 43.75 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมสนทนากลุ่มเสนอแนะแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งตามปัญหาที่พบซึ่งเป็นปัญหาทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่พบว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ไม่ใช่เป็นเหตุจากปัจจัยภายในเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเหตุจากปัจจัยภายนอกที่ส่งอิทธิพลให้องค์กรต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง¹²

2. ด้านทักษะและศักยภาพ ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งด้านทักษะ และศักยภาพ ได้แก่ ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง และการส่งเสริมให้บุคลากรมีความสามารถที่ดีในการจัดการความขัดแย้ง โดยมีการสนับสนุนการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังขาดการอบรมเรื่องการจัดการความขัดแย้งเกินร้อยละ 50 โดยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 55.55 ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมหรือค้นคว้าด้วยตนเองเรื่องการจัดการความขัดแย้ง สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมด้านทักษะในการจัดการความขัดแย้ง ช่วยให้สามารถรับรู้และหาทางป้องกันความขัดแย้งได้ และยังสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม³

3. ด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดี การจัดกิจกรรมที่ให้ขวัญและกำลังใจ และ ควรมีคำตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความขัดแย้ง โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรักความสามัคคีการมีสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดีในองค์กร เนื่องจากในองค์กรแห่งนี้มีความขัดแย้งมากถึงร้อยละ 88.88 สาเหตุสำคัญของการเกิดความขัดแย้งในองค์กรคือการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 77 และโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีนโยบายการจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร รวมทั้งการให้คำตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความขัดแย้ง สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้ง ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การสร้างขวัญกำลังใจ และการมีสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดีในองค์กร เป็นแรงขับเคลื่อนที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือมุ่งสู่ความสำเร็จ¹³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งและนำไปใช้จริง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการจัดการความขัดแย้งมากขึ้น และนำไปสู่การทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น สามารถลดหรือป้องกันความขัดแย้งและทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรมีการแก้ไขสาเหตุของความขัดแย้ง เช่นการพัฒนาปรับปรุงเรื่องระบบการสื่อสาร โดยการสื่อสารด้วยวาจา ลายลักษณ์อักษร และเครื่องมือสื่อสารชนิดต่างๆ การปรับปรุงงาน การมอบหมายภาระงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และส่งเสริมการแข่งขันผลงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

3. องค์กรพยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท เช่น การพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายในองค์กรและการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ ด้านทักษะและศักยภาพ พัฒนาส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง และการส่งเสริมให้บุคลากรมีความสามารถที่ดีในการจัดการความขัดแย้ง และด้านจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจ พัฒนาระบบงานบุคลากรโดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดี การจัดกิจกรรมที่ให้ขวัญและกำลังใจและควรมีคำตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการความขัดแย้ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ พบสาเหตุของความขัดแย้ง 7 ประการ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายต่อไป เช่น ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน หรือศึกษาวิจัยและพัฒนา การพัฒนารูปแบบการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น

2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งในทีมสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม

References

1. Chaijaroenwatana B & Renumat M. Non-Violence and Conflict Management by Non-Violence. Journal of MCU Peace Studies, 2017; 5(2): 1-16. (in Thai).
2. Nertprasertkul V. The Development of Competency Scale for NursesMentors in Vajira Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2021; 22(3): 313-21. (in Thai).
3. Klongchuengsan P. The Administrator's competency and conflict management of school under Nakhon Pathom primary education service area office1. Journal of Educational Administration, Silpakorn University. 2018; 5(1): 57-66. (in Thai).
4. Noppakun S. The Development of The Conflict Management Model of Nursing Personnel in Phayamengrai Hospital, Chiang Rai Province. Journal of Kasalongkham Research, 2017: 55-62. (in Thai).
5. Conflict Risk Report. Risk report register of Nonnarai Hospital, Surin. 2020. (in Thai)
6. Lertpunjasub P. Conflict Analysis and Management among Registered Nurses in Admission System at The Hospital A. Journal of Social Sciences and Humanities Research. 2017; 43(2): 47-63 (in Thai).
7. Human resource development report. Human resource report of Nonnarai Hospital, Surin. 2020. (in Thai)
8. Anderson, C.C. Management: Skills, functions and organizational performance. Boston: Allyn and Bacon. 1988.
9. Rahim, M. A. Toward a theory of managing organizational conflict. International Journal of Conflict Management, 2002; 13, pp. 206-35.
10. Naowanit W. Conflict Management of the Basic Education Schools under the Secondary Educational Service Area Office 2 [Thesis]. Dhurakij Pundit University; 2020. (in Thai).
11. Visitsorasak K. Conflict Management in Community Development, Journal of Silpakorn University, 2017;13,: 1687-700 (in Thai)
12. Suthamdee C. Conceptual Framework of Human Resource Development of an Organization in the 21st Century, Journal of Yala Rajabhat University, 2017;12: 168-84. (in Thai).
13. McClelland, D.C. Testing for Competence rather than for Intelligence USA: American Psychologist. 1973.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

A Model of Transformational Leadership Competency Development of Student Peer Leader for Enhancing Health Promotion among Nursing Students

นงนภัทร รุ่งเนย*¹ เพ็ญแข ดิษฐบรรจง¹ กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์¹ อริสมันต์ ศิริลาภ² สุชาดา บุญธรรม¹

Nongnaphat Rungnoi*¹ Penkhae Dittabunjong¹ Kanokporn Oumpram¹ Arisaman Sirilarp² Suchada Boonthum¹

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

¹Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Phetchaburi Thailand 76000

²สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10600

²Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand 10600

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล (2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิด แบบสอบถามเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.81, 0.89 ตามลำดับ วิธีดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เจาะลึกอาจารย์พยาบาล 17 คน และใช้แบบสอบถามถามนักศึกษาพยาบาล 308 คน แล้วนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (2) การวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3) การนำไปสู่การปฏิบัติและการประเมินผล ระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองในแกนนำนักศึกษา 50 คน และนักศึกษาพยาบาล 150 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา เจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งช่วยให้ดัชนีมวลกายของนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

คำสำคัญ: รูปแบบ, แกนนำนักศึกษา, สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, การส่งเสริมสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to (1) study attitude and health promotion behavior among nursing students, (2) develop a model of student peer leader development for enhancing health promoting behaviors among nursing students, and (3) evaluate the effectiveness of developed model. Instruments consisted of open-ended questions, attitude of health promotion questionnaire, health promotion behavior questionnaire, and transformative leadership competency questionnaire. Reliability was reported as Cronbach's alpha 0.86, 0.81, 0.89 consequently. The two-phase study consisted of qualitative and quantitative approaches. In Phase I, in-depth interviews and questionnaire administration were carried out to obtain information. Seventeen lecturers were interviewed. In addition, questionnaires were administered to 308 nursing students. Student peer leader development process for enhancing health promoting behaviors among nursing students consisted of 3 stages as follows: (1) developing transformational Leadership competencies of student leaders, (2) planning for health promotion projects, and (3) implementing and evaluating health promotion projects. Phase II, consisted of administration and evaluation of the developed model, via use of a pre-test /post-test one group design, with 50 student peer leaders and 150 nursing students. Data was analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), paired t-test and content analysis. The developed model was found to enhance the nursing students' transformational leadership competencies, attitude, health promoting behaviors and decrease body mass index of overweight nursing students with statistically significant differences at .01 level ($p < .001$).

Keywords: model, student peer leader, transformational leadership competency, health promotion, nursing student

บทนำ

การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีความสำคัญมาก^{1,2} เพราะบัณฑิตถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การศึกษาในระดับอุดมศึกษาต้องพัฒนาให้บัณฑิตมีทั้งสติปัญญา ร่างกายที่แข็งแรง และมีจิตใจที่ดีงาม และการช่วยให้นักศึกษามีภาวะสุขภาพที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาในด้านอื่นๆ ได้อย่างสมบูรณ์³ การสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาให้เป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่ควรเร่งดำเนินการ⁴ โดยการสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมการมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (health and wellness) ของนักศึกษา มีสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตสังคม และอารมณ์ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และต้องบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับแผนงานทั้งหมดของสถาบัน^{5,6} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีนักศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมนักศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงสำรวจและเชิงทดลองเพื่อพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางถึงดี การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้นักศึกษามีสุขภาพดี

ขึ้น^{3,5,7} นักศึกษาส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อย⁸ เจตคติความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา⁹ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในยุคสังคมแห่งการเรียนรู้และการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนสำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาที่ผ่านมาของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการในลักษณะกิจกรรมพัฒนานักศึกษาทุกชั้นปี ไม่มีรูปแบบในการพัฒนาแกนนำนักศึกษา และไม่ได้ติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนานักศึกษาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการเสริมสร้างเจตคติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักศึกษา เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และการประกอบวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย ทฤษฎีปัจจัยนำเข้า-สภาพแวดล้อม-ผลลัพธ์ (Input-Environment-Output model)¹⁰ ซึ่งกล่าวถึงผลของสภาพแวดล้อมในสถาบันอุดมศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษา ปัจจัยนำเข้า (input) หมายถึง ลักษณะของนักศึกษาเมื่อแรกเข้าสู่สถาบันอุดมศึกษา สภาพแวดล้อม (environment) หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อนักศึกษา เช่น โปรแกรม นโยบาย กลุ่มเพื่อน และผลลัพธ์ (output) หมายถึง คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา และการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยเสริมสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเป็นต้นแบบที่ดีของผู้นำ¹¹ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมสำหรับการมีสุขภาพดีทั้งด้านการเรียนและการดำเนินชีวิต การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษา⁵ และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ¹² ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ คือ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน คือ (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (2) ด้านการออกกำลังกาย (3) ด้านโภชนาการ (4) ด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย และ (6) ด้านการจัดการกับความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลและพัฒนารูปแบบฯ ใช้กระบวนการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

โดยใช้แบบสอบถาม การศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์เจาะลึก และระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (quasi-experimental research, one group pretest-posttest design) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2560 ภาคเรียนที่ 2 คำนวณจากโปรแกรม G* power version 3.1 9.713 เลือกใช้ Statistical test-ANOVA: Fixed effect, omnibus, one way ที่กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) = 0.214 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 280 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 308 คน หลังจากนั้นคำนวณจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามสัดส่วน โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสำหรับสอบถามนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา สถานะของการเป็นกรรมการของสโมสรนักศึกษา หรือชมรม น้าหนัก ส่วนสูงและโรคประจำตัว
 2. แบบสอบถามเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของเพนเดอร์¹² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เลือกตอบในลักษณะเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1
 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของเพนเดอร์¹² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เลือกตอบในลักษณะปฏิบัติเป็นประจำ = 5 ถึงไม่เคยปฏิบัติ = 1
- เกณฑ์ การแปลความหมายของค่าคะแนนแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง

ระดับดีมาก, 3.51-4.50 หมายถึงระดับดี, 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย, 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยมาก¹⁵ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ ปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนทางกล่องรับแบบสอบถามหรือผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยติดต่อรับคืนด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยและศึกษาข้อมูลเพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาแกนนำนักศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ให้ข้อมูล คือ อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 17 คน เลือกแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติ คือ (1) เป็นอาจารย์ประจำปฏิบัติงานวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2560 (2) มีประสบการณ์ในการสอนและจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาอย่างน้อย 5 ปี และ (3) มีประวัติได้รับรางวัลดีเด่นด้านการพัฒนานักศึกษาในระดับเครือข่ายขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองสัมภาษณ์อาจารย์ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการพัฒนานักศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนัดวันเวลา สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกหรือนัดสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 45-60 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนา ข้อมูลเสี่ยงจากการสัมภาษณ์จะทำลายทิ้งภายใน 1 ปี

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบฯ และนำเสนอร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบคำนวณได้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.70$, $SD = 0.18$) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) แกนนักศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-2 ที่ทำหน้าที่คณะกรรมการสโมสรนักศึกษาหรือชมรมของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ในปีการศึกษา 2561 คำนวณจากโปรแกรม G* power version 3.1 9.713 เลือกใช้ Statistical test-t-test: Difference between two group means (matched pairs) ที่กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) = 0.514 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 45 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

2) นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 ทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และไม่ใช่แกนนำนักศึกษา จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการเรียนรู้ของแกนนำนักศึกษา เป็นแบบบันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรมและสิ่งที่ได้เรียนรู้ของแกนนำนักศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาภาวะผู้นำและการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ได้แก่ แบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนที่ 1 และแบบประเมินรวมทั้งประเด็นคำถามในการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ เลือกตอบในลักษณะมีสมรรถนะในระดับดีมาก = 5 จนถึงระดับต้องปรับปรุง = 1 ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย

5 ระดับเช่นเดียวกับแบบสอบถาม¹⁵ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1.00 ปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89

2. ประเด็นคำถามในการอภิปรายกลุ่ม ใช้สำหรับการอภิปรายกลุ่มแก่นำนักศึกษาและนักศึกษาพยาบาลที่ร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่นำไปทดลองใช้และศึกษาแนวทางพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

การทดลองใช้รูปแบบและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือหรือบันทึกขออนุญาตทดลองใช้รูปแบบและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงหน่วยงาน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย และทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 16 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในช่วงกิจกรรมพัฒนานักศึกษา วันศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น. หรือช่วงเวลาที่นักศึกษาสะดวก จำนวน 10 ครั้ง รวมจำนวน 30 ชั่วโมง รายละเอียดการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง สำหรับการอภิปรายกลุ่มนักศึกษาแก่นนำ

ระยะ	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
ระยะที่ 1 การพัฒนา สมรรถนะ ผู้นำการ เปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 1-2)	1) กิจกรรม “ก้าว ใหม่สำหรับนักศึกษา ยุค 4.0”	1) วิเคราะห์ตนเองและประเมินสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแก่นนำนักศึกษา 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้นำการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง	3
	2) กิจกรรม “สานพลังสร้างทีม”	3) ค้นหาบุคคลต้นแบบ วาดภาพผู้นำในฝันสำหรับการทำงานในยุคไทยแลนด์ 4.0 1) กิจกรรมเล่นเกมเกี่ยวกับการพัฒนาทีมงาน	3
	3) กิจกรรม “เทคนิคการสร้าง แรงบันดาลใจ”	2) บรรยายแบบมีส่วนร่วมและให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมและการพัฒนา ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสร้างแรงบันดาลใจ เทคนิคการพูดโน้มน้าวและให้ ฝึกการสังเกตตัวแบบในสถานการณ์ 2) ฝึกปฏิบัติทักษะการสร้างแรงบันดาลใจ	3
ระยะที่ 2 การวางแผน การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ (สัปดาห์ที่ 3-4)	4) กิจกรรม “สุขภาพ ดีสร้างได้”	1) กิจกรรมให้ความรู้และเสริมสร้างเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับแก่นนำนักศึกษา	3
	5) กิจกรรม “วางแผน สร้างสุขภาพ for all”	2) กิจกรรมค้นหาบุคคลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 1) แก่นนำนักศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา พยาบาล 2) แก่นนำนักศึกษาวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ แนวคิดของเพนเดอร์ หลัก 3 อ. 2 ส. และการสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา	3
ระยะที่ 3 การนำแผนไปสู่ การปฏิบัติและ ประเมินผล (สัปดาห์ที่ 5-16)	6) กิจกรรม “ชวนเพื่อน สร้างสุขภาพ”	1) แก่นนำนักศึกษาจัดกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติและให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์และหลัก 3 อ. 2 ส. 2) จัดกลุ่ม “ชวนเพื่อนสร้างสุขภาพ” โดยใช้สัดส่วนแก่นนำต่อนักศึกษา 2: 5-6 คน เพื่อให้ คำปรึกษาและติดตามการส่งเสริมสุขภาพ 3) จัดบอร์ดนิทรรศการและป้ายประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้าง สุขภาพ “ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส.”	3
	7) กิจกรรม “Fit for fun”	1) จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการจัดการความเครียด 2) แก่นนำนักศึกษาและอาสาสมัครเป็นผู้นำจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง รวม 12 สัปดาห์	3
	8) กิจกรรม “PCK healthy club รักษสุขภาพ”	1) แก่นนำนักศึกษาจัดกิจกรรมการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกในชั่วโมง กิจกรรมพัฒนานักศึกษา และติดตามให้คำปรึกษา รวมทั้งประเมินผลสัมฤทธิ์ทุก 4 สัปดาห์ (ครั้ง ละ 3 ชั่วโมง รวม 3 ครั้ง) 2) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน	9

และนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรม ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน เลือกโดยการสุ่มแบบง่ายและยินดีเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม จัดการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 45 นาที ตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ได้แก่ สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล และดัชนีมวลกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Shapiro-Wilk test สำหรับกลุ่มตัวอย่างแกนนำนักศึกษา และใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ¹⁶ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีตามเอกสารรับรอง PCKCN REC No.11/2561 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 สำหรับการวิจัยขั้นตอนที่ 1-2 และ PCKCN REC No.11/2562 ลงวันที่ 21 มกราคม 2562 สำหรับการวิจัยขั้นตอนที่ 3-4

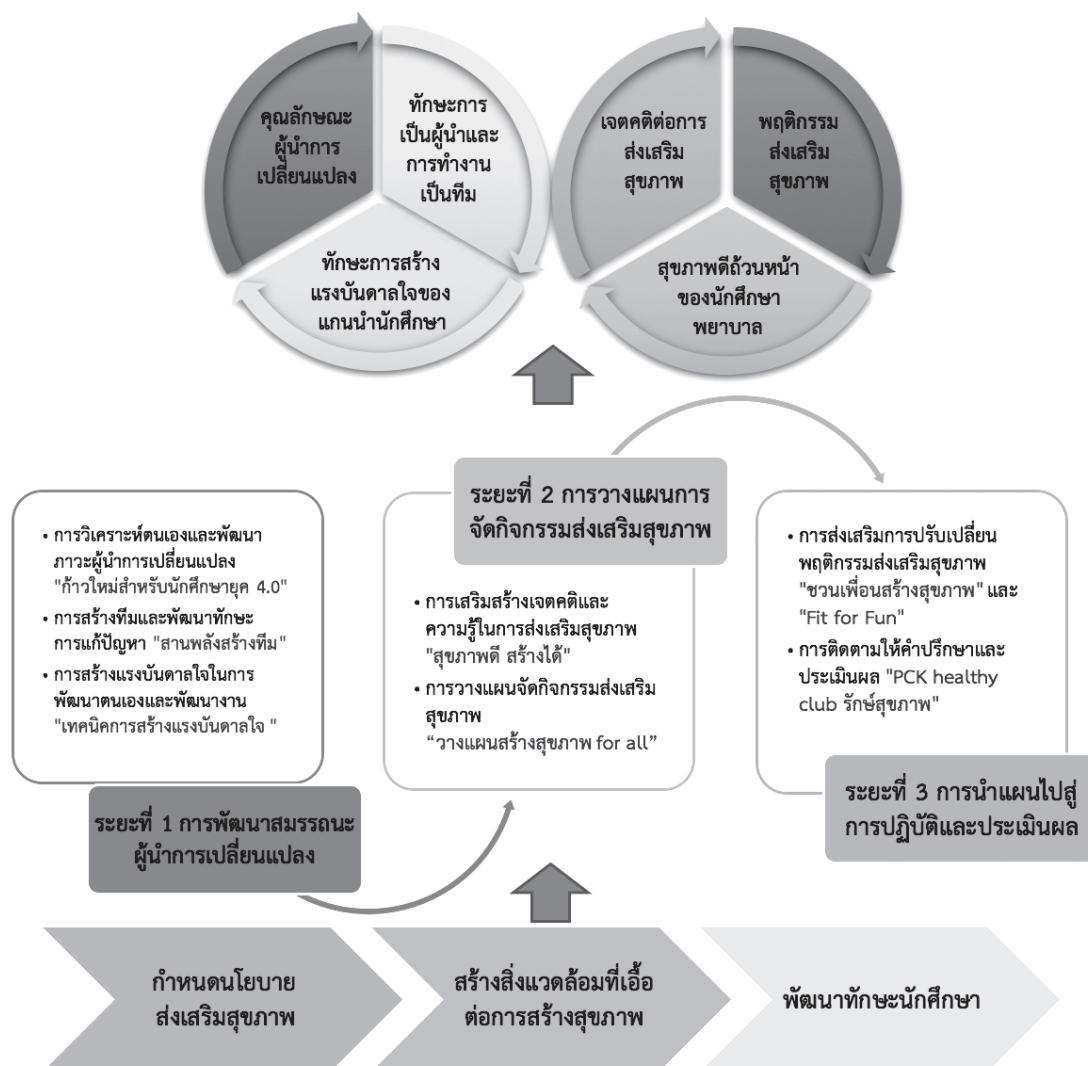
ผลการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

เจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 308 คน อายุเฉลี่ย 20.44 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 95.45) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 18.5-22.9 kg/m² (ร้อยละ 61.69) ดัชนีมวลกายต่ำสุด 16.14 kg/m² และสูงสุด 33.66 kg/m² ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.29$, $SD = .23$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .34$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โภชนาการ ($\bar{X} = 4.16$, $SD = .35$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.11$, $SD = .16$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดีมาก คือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 4.54$, $SD = .39$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .31$)

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

กระบวนการพัฒนาแกนนำนักศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ตนเองและพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง (2) การสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาตนเองและทีมงาน (3) การเสริมสร้างเจตคติและพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ (4) การวิเคราะห์บริบทและวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถาบัน (5) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (6) การประเมินผลลัพธ์โดยจัดกิจกรรม 3 ระยะ รวม 30 ชั่วโมง หลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ แล้วได้ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ขึ้น สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สรุปผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ดังนี้

1. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างแกนนำนักศึกษา จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 88.00) ศึกษาอยู่ ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 เท่ากัน (ร้อยละ 50) ค่าเฉลี่ย

สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.60$, $SD = .37$) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.40$, $SD = .23$) ผลการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าทีพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 15.771$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษา ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test (n = 50)

สมรรถนะของแกนนำนักศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
สมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.69	.31	4.35	.21	15.771	<.001*
• คุณลักษณะของผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.84	.37	4.34	.22	10.248	<.001*
• ทักษะการเป็นผู้นำและการทำงานเป็นทีม	3.66	.39	4.32	.28	12.098	<.001*
• ทักษะการสร้างแรงบันดาลใจ	3.60	.37	4.40	.23	13.066	<.001*

*p<.01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าที่พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแกนนำนักศึกษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 15.771, p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test (n = 150)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	4.30	.20	4.54	.23	11.065	<.001*
• ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.35	.21	4.56	.28	5.724	<.001*
• การออกกำลังกาย	4.27	.47	4.52	.32	5.241	<.001*
• โภชนาการ	4.09	.37	4.56	.30	11.768	<.001*
• การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	4.49	.34	4.61	.27	3.792	<.001*
• การป้องกันอุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย	4.11	.36	4.51	.31	10.340	<.001*
• การจัดการกับความเครียด	4.19	.44	4.43	.28	3.727	<.001*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.12	.16	4.43	.39	9.679	<.001*
• ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.16	.36	4.61	.41	10.600	<.001*
• การออกกำลังกาย	3.94	.42	4.18	.25	8.224	<.001*
• โภชนาการ	3.92	.34	4.24	.30	11.640	<.001*
• การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	4.37	.41	4.73	.23	9.280	<.001*
• การป้องกันอุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย	4.46	.29	4.68	.21	7.534	<.001*
• การจัดการกับความเครียด	3.93	.25	4.34	.29	14.906	<.001*

*p < .01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าที่พบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 11.065, t = 9.679, p<.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลผู้มีน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test (n = 54)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ดัชนีมวลกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน	24.89	2.13	24.66	1.98	-3.782	<.001*

*p < .01

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 97.33) และศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 64.00)

3. ความแตกต่างของดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลผู้มีน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกิน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m² จำนวน 54 คน (ร้อยละ 36.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกิจกรรมทั้งหมด 150 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.15)

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยการทดสอบค่าที พบว่า ดัชนีมวลกายหลังทดลองน้อยกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -3.782$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีประเด็นอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นการพัฒนาภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ นับเป็นปัจจัยนำเข้าและการส่งเสริมสุขภาพแวดล้อมที่ดีตามแนวคิดของ แอสติน¹⁰ และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงของบาสและริกโก¹¹ คือ การพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการพัฒนาบุคลิกภาพ ทักษะการสร้างแรงบันดาลใจและพลังในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนา นักศึกษาของสถาบัน ทำให้นักศึกษามีบุคลิกภาพที่ดี มีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจและการทำงานเป็นทีม ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลศรัทธาและยอมรับแก่นำนักศึกษา ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ภายในเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ แก่นำนักศึกษา ค่าเฉลี่ยเจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลหลังทดลองทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และดัชนีมวลกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกินหลังทดลองต่ำกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการพัฒนาทั้ง บุคลิกภาพ ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมรวมทั้ง การสร้างแรงบันดาลใจ และช่วยให้เจตคติ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพและภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลดีขึ้น สอดคล้อง กับแนวคิดของเพนเดอร์¹² และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้นักศึกษามีเจตคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น^{6,7,8 17,18} นอกจากนี้ พบว่า แก่นำนักศึกษาซึ่งทำหน้าที่คณะกรรมการสโมสรนักศึกษา ของวิทยาลัยสามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อเขียนโครงการขอทุน สนับสนุนกิจกรรมเสริมหลักสูตรของนักศึกษาพยาบาลจาก สมาคมศิษย์เก่ากระทรวงสาธารณสุขได้ คือ โครงการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาแกนนำสุขภาพเพื่อเสริมสร้าง สุขภาวะชุมชนภายใต้แนวคิด 3อ.2ส. ของนักศึกษาและ ขยายผลไปสู่ชุมชนตำบลธงชัยซึ่งเป็นตำบลที่วิทยาลัยพยาบาล

พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีตั้งอยู่และเป็นชุมชนเป้าหมาย ในการบริการวิชาการ สะท้อนให้เห็นว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีจาก การใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

กล่าวได้ว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถพัฒนาแกนนำนักศึกษา และนักศึกษาพยาบาลไปสู่เป้าหมายของรูปแบบฯ ได้ การพัฒนา ภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงและสุขภาวะของนักศึกษานับเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนานักศึกษาใน ศตวรรษที่ 21 ซึ่งจะเป็พื้นฐานที่ดีในการเรียนรู้และส่งผล ให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ให้บริการ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 การกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ สถาบันอุดมศึกษาควรกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของแก่นนำนักศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการนำรูปแบบฯ ไปใช้และการพัฒนาภาวะสุขภาพ ของนักศึกษาในสถาบัน

1.2 การจัดทำคู่มือกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ของสโมสรนักศึกษาควรเพิ่มรายละเอียดการพัฒนาสมรรถนะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแก่นนำนักศึกษาในการเสริมสร้าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

1.3 อาจารย์ผู้รับผิดชอบงานพัฒนานักศึกษา ควรวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และมีระบบติดตามให้คำปรึกษาแก่แก่นนำ นักศึกษาเพื่อให้นักศึกษามั่นใจและสามารถทำหน้าที่แก่นนำ นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ในระยะการพัฒนาสมรรถนะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงของแก่นนำนักศึกษาควรเพิ่มกิจกรรมการฝึก วิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพื่อให้แก่นนำนักศึกษา มีทักษะในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาในขณะจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนา วิจัยเพื่อการต่อยอดเกี่ยวกับการพัฒนาแก่นนำนักศึกษา ในการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาในด้านต่าง ๆ เช่น การพัฒนา จิตอาสา การพัฒนาทักษะทางวิชาการและการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 และมีการติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพ

ทางคลินิกเพิ่มขึ้น เช่น ผลการตรวจลักษณะและจำนวน
เม็ดเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น

References

1. Stacciarini JMR, McDaniel AM. EMBRACE: Developing an inclusive leadership program with and for undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2019;35(1): 26-31.
2. Anderson M. Transformational leadership in education: A review of existing literature. *International Social Science Review* 2017; 93(1):1-15.
3. Hanawi SA, Saat NZM, Zulkafly M, Hazlenah H, Taibukahn NH, Yoganathan D, ...Low FJ. Impact of a healthy lifestyle on the psychological well-being of university students. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences* 2020;9(2):1-7.
4. Holt M, Monk R, Powell S, Dooris M. Student perceptions of a healthy university. *Public Health* 2015;129(6):674-83.
5. Dooris M, Wills J, Newton J. Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2014;42(15_suppl):7-16.
6. Çalışkan C, Arberk K, Üner S. Healthy lifestyle behaviors of university students. *Prehospital and Disaster Medicine* 2017;32(S1):S213.
7. Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, ... Germov J. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2015;12(1):1-10.
8. Nassar OS, Shaheen AM. Health-promoting behaviours of university nursing students in Jordan. *Health* 2014;6(19):2756-63.
9. Polat Ü, Özen Ş, Kahraman BB, Bostanoğlu H. Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing* 2016;27(4): 413-9.
10. Astin AW. Assessment for excellence: The philosophy and practice of assessment and evaluation in higher education. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers;2012.
11. Bass BM, Riggio RE. Transformational leadership. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers;2006.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing (7th ed.). New Jersey: Pearson;2015.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods* 2007;39(2):175-91.
14. Cohen J. A power primer: quantitative methods in psychology. *Psychology Bull* 1992;112(1): 155-9.
15. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10thed. Boston:Pearson;2006.
16. Hair FJ, Black CW, Babin JB, Anderson ER. Multivariate Data Analysis. 7thed. New Jersey:Pearson;2010.
17. Pumsangua K, Prasittivatechakool A. Patterns in developing nursing students of The Royal Thai Army Nursing College to be health promotion leaders in relevance to exercise, food consumption and stress management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(1):73-80. (in Thai)
18. SuangKaew S, Kooariyakul A. Competency development model of nurse students toward a health promotion practitioner. *Journal of Nursing and Education* 2017;7(2):32-46. (in Thai)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

The Effect of a Mental Strengthening Program on the Mental Health State of High School Students

อรไพลิน ไชยวิเชียร อังคณา จิรโรจน์* ชมชื่น สมประเสริฐ

Aonpailin Chaivichean Angkana Jirarode* Chomchuen Somprasert

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ 10 กิจกรรม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด) วัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
- 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาความเข้มแข็งทางใจในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะสุขภาพจิต, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research was to examine the effect of a mental strengthening program on the mental health state of high school students in Phatum Thani Province, Thailand during 2020. The sample consisted of 60 high school students, recruited using the inclusion criteria. They were randomly assigned to the control and experimental groups, with 30 subjects in each group. The experimental group participated in the mental strengthening program. Their activities comprised 10 sessions, for a period of five weeks, while the control group was treated normally. The mental health state scores were measured using the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21: Thai version) before and after participating in the mental strengthening program. The data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

The results of the study were as follows.

1) After participating in the mental strengthening program, the mean score for depression, anxiety and stress of the students was lower than their mean score on their pretest at a statistical significance .001 level.

2) The mean difference between pretest and posttest depression anxiety and stress score of the experiment group was significantly greater than that of the control group at a statistical significance .001 level. Nurses play a vital role in promoting and developing mental strengthening for high school students. The students will be prepared to eventuality deal with stress anxiety and depression, thus preventing mental health problems in the future.

Keywords: the mental strengthening program, mental health state, high school students

บทนำ

วัยรุ่นมีช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ เป็นรอยต่อของการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ถือเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิต เนื่องจากมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างมาก และรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม¹ นอกจากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการตามวัยที่เกิดขึ้นแล้ว วัยรุ่นยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตชุมชน รวมไปถึงเทคโนโลยี ซึ่งมีเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว เมื่อวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาจากการดำเนินชีวิต ทำให้วัยรุ่นมีความยากลำบากในการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการเผชิญความเครียดมากขึ้น¹ หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ ไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ไม่มีที่ปรึกษาคอยรับฟังเมื่อเผชิญกับปัญหา

เหตุการณ์ความเครียด รวมถึงไม่พอใจและไม่ยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง จะส่งต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น เพื่อตอบสนองและปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยวัยรุ่นจะมีการแสดงออกของภาวะสุขภาพจิตทางด้านลบ (Mental stress/Psychological distress) หรือภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล มีความบกพร่องทางสังคม มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และมีอาการซึมเศร้า² ส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อปัญหาสังคมต่างๆ ตามมา และมีความแตกต่างไปจากอดีต มีความซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่เกิดขึ้น จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2561³ พบว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด และเมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้นจะมีความไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ และเกิดผลกระทบต่างๆ

ตามมา ได้แก่ ความเครียดวิตกกังวล ร้อยละ 33.8 ปัญหาทางจิตเวช ร้อยละ 29.7 ปัญหาความรัก ร้อยละ 9.1 ซึมเศร้า ร้อยละ 8.6 ปัญหาครอบครัว ร้อยละ 5.5 และปัญหาการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ร้อยละ 0.9 ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนกลางที่มีช่วงอายุ 16-18 ปี และกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยของการเตรียมตัวสอบเพื่อเข้าเรียนต่อในระดับอุดมศึกษาต่อไป

จากการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสุขภาพจิตด้านลบที่สำคัญของนักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสูงถึงร้อยละ 18⁴ ซึ่งสามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก⁵ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างมาก เนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 60 จะมีความคิดฆ่าตัวตาย และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 จะพยายามฆ่าตัวตาย⁵ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน⁶ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการเลี้ยงดู สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลภายในครอบครัว⁶ และ ความเข้มแข็งทางใจ^{7,8} นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ภาวะวิตกกังวลจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยพบว่าระดับความวิตกกังวลจะส่งผลต่อสมาธิในการเรียนและการรับรู้ ซึ่งความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจะทำให้ความสนใจ การตัดสินใจ สมาธิลดลง และการรับรู้แคบลง⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะเครียดจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและลบต่อวัยรุ่น โดยภาวะเครียดที่พอเหมาะจะมีผลทางบวกทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และความจำดีขึ้น ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง ในขณะที่ภาวะเครียดที่รุนแรงและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานร่วมกับการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา โดยพบว่าภาวะเครียดเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล รวมไปถึงภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย^{7,8}

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด คือ ความเข้มแข็งทางใจ โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มที่มีภาวะเครียดน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ^{7,8} จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้การส่งเสริมสุขภาพจิตรวมไปถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นกลุ่มนี้ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตรวมไปถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประเด็นที่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถช่วยป้องกันภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบที่ใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก^{9,10} คือ 1) สิ่งที่มี (I have) เป็นการเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยการสื่อสารที่ดีและประสิทธิภาพนั้นจะช่วยให้อายุรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความเข้าใจระหว่างบุคคล รวมถึงการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ และแหล่งสนับสนุนจากภายนอก โดยรับรู้ว่ามีบุคคลคอยให้การช่วยเหลือ 2) สิ่งที่เป็น (I am) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และการมองเห็นคุณค่าของตนเอง และ 3) ความสามารถของฉัน (I can) เป็นการปรับวิธีคิดของวัยรุ่น และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับคำสอนจากผู้อื่น ทำให้อายุรุ่นสามารถจัดการแก้ไขปัญหา เผชิญปัญหา และเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Interpersonal and Problem - Solving Skills)¹¹⁻¹⁶ หากเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้วัยรุ่น จะช่วยให้วัยรุ่นมีความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความอดทนหรือทนต่อแรงกดดัน มีความรู้สึกว่าจัดการชีวิตได้ มีทักษะในการแก้ไขปัญหา และเมื่อแก้ไขปัญหาสถานการณ์ปัญหาได้แล้วจะทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง จนกลายเป็นความภาคภูมิใจและเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตที่เข้มแข็ง มีกำลังใจในการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตได้ และหากต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดต่างๆ อีกครั้งหนึ่ง วัยรุ่นจะเกิดการเรียนรู้และดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี ช่วยลดการเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะสุขภาพจิตด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อีกทั้งยังช่วย

ป้องกันโรคทางจิตเวชได้ในระยะยาว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเน้นศึกษาภาวะสุขภาพจิตด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น เป็นการเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นมีศักยภาพในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิต ทำให้วัยรุ่นสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าก่อนทดลองหรือไม่
2. ภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามองค์ประกอบ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก^{9,10} เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ และภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด โดยกล่าวถึงความเข้มแข็งทางใจว่า เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ สามารถยืนหยัด ผ่านพ้นวิกฤตการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะสุขภาพจิตที่สำคัญ

ซึ่งพบได้บ่อยในวัยรุ่น คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด รวมทั้งยังสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความสำเร็จในการจัดการปัญหาเหล่านี้ จะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความเชื่อมั่นและมีความสามารถเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นนั้น จะต้องเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก^{9,10} ได้แก่ สิ่งที่มี (I have) สิ่งที่เป็น (I am) และ ความสามารถของฉัน (I can)

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) วัดผลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที (The pretest-posttest design) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาที่มีขนาดเท่ากัน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2563 ที่ได้จากการสุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คน จากโรงเรียนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 30 คน จากโรงเรียนกลุ่มควบคุม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 16-18 ปี สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ โดยไม่มีปัญหาทางการพูด การได้ยิน

และการมองเห็น สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้านก่อนการทดลองมากกว่า 5 คะแนน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดการทดสอบทางสถิติด้วยสถิติทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (t-test, Means: Difference between two Independent Means) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of The Test) ที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (Large Effect Size) ที่ระดับ .80 คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาผลของการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น¹⁷ เมื่อนำมาแทนค่าดังกล่าวแล้ว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการศึกษา (Drop Out) การศึกษาในครั้งนี้ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมุ่งเน้นการเข้าใจในองค์ประกอบของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 องค์ประกอบ และการนำไปใช้เพื่อจัดการกับปัญหาและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น^{9,10} เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92 จึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 จังหวัดปทุมธานีอื่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ความเหมาะสมของการใช้ภาษาที่มีความง่ายต่อการเข้าใจของ

นักเรียนวัยรุ่นและความน่าสนใจของกิจกรรม เพื่อปรับให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลองจริง โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจนี้ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 5 นาที ติดต่อกันจำนวน 10 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวม 8 ชั่วโมง 20 นาที ร่วมกับการฝึกการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยตนเองที่บ้านสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมง รวม 28 ชั่วโมง และประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในสัปดาห์สุดท้าย 40 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 37 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression anxiety stress scales: DASS-21) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย¹⁹ มีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ เป็นลักษณะคำถามการประเมินระดับความเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นของตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .98 จากนั้นนำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 4 จังหวัดปทุมธานีที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงภายในจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งชุดเท่ากับ .86 และนำมาปรับให้มีความเหมาะสม ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลองจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ COA. No. 015/2564 รหัสโครงการวิจัย 144/2563 ลงวันที่ 29 มกราคม 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและสิทธิ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (T-test)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	M	SD	t-test	p-value
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	5.37	3.45	4.35	.000
หลังทดลอง	2.83	1.44		
ภาวะวิตกกังวล				
ก่อนการทดลอง	5.37	3.30	4.43	.000
หลังทดลอง	3.07	1.67		
ภาวะเครียด				
ก่อนการทดลอง	5.40	2.21	3.68	.001
หลังทดลอง	3.70	1.32		

1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง ($M = 2.83$, $SD = 1.44$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 5.37$, $SD = 3.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.35$, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลหลังการทดลอง ($M = 3.07$,

$SD = 1.67$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 5.37$, $SD = 3.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.43$, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเครียดหลังการทดลอง ($M = 3.70$, $SD = 1.32$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 5.40$, $SD = 2.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.68$, $p = .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้านลบรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t-test	p-value
	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{D}_2$	SD		
ภาวะซึมเศร้า	2.53	3.19	.23	.77	3.84	.00
ภาวะวิตกกังวล	2.30	2.84	.07	1.11	4.01	.00
ความเครียด	1.70	2.54	-17.3	1.23	6.68	.00

2. ผลการวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาขององค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิตด้านลบ รายด้าน พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 2.53, SD = 3.19$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .23, SD = .77$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.84, p < .001$) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 2.30, SD = 2.84$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .07, SD = 1.11$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.01, p < .001$) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเครียดของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 1.70, SD = 2.54$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -17.3, SD = 1.23$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.68, p < .001$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดองค์ประกอบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก^{9,10} ที่ได้กล่าวถึงแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของวัยรุ่นที่สามารถฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง ที่วัยรุ่นใช้ในการป้องกันหรือลดระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตึงเครียดหรือปัจจัยเสี่ยง ช่วยให้อายุรุ่นสามารถปรับตัวภายใต้ภาวะเสี่ยง และสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา โดยความสามารถนี้เสริมสร้างให้อายุรุ่นมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบ ผ่าน 10 กิจกรรม ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 สิ่งที่มี (I have) เป็นปัจจัยปกป้องภายนอก ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนของวัยรุ่น ได้แก่ การที่วัยรุ่นมีบุคคลทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ที่ดี ด้วยการให้ความรัก ไว้วางใจ ให้กำลังใจ เป็นแบบ

อย่างที่ดี ดำเนินการผ่าน 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “สายสัมพันธ์” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้อายุรุ่นได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น นำไปสู่การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ภาพที่มั่นคงปลอดภัย ช่วยให้อายุรุ่นรับรู้ว่ามีบุคคลที่ตนเองสามารถไว้วางใจได้ ส่งผลให้อายุรุ่นกล้าเปิดเผยความคิดและความรู้สึกต่างๆของตนเอง และเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ซึ่งนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความคิดเชิงลบ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล อีกทั้งความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายได้¹⁴ และการทำหน้าที่ของครอบครัวและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ¹⁵ จากนั้นจึงส่งเสริมให้อายุรุ่นสำรวจตนเองตามองค์ประกอบที่ 2 สิ่งที่มี (I am) ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องภายในที่ช่วยให้อายุรุ่นตระหนักรู้ว่าตนเองมีองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมากน้อยเพียงใด และองค์ประกอบใดบ้างที่ตนเองจะต้องแก้ไขหรือเสริมสร้างให้มากขึ้นดำเนินการผ่านกิจกรรมที่ 2 “ความเข้มแข็งทางใจคืออะไร” และ กิจกรรมที่ 9 “ความเข้มแข็งทางใจของตนเอง” นอกจากนี้ยังเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และทบทวนว่าตนเองเคยทำอะไรที่ประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต ดำเนินการผ่านกิจกรรมที่ 3 “ฉันและเธอเป็นคนที่พิเศษ” ซึ่งจะส่งผลให้อายุรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง และมีแนวทางในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ช่วยให้อายุรุ่นเกิดกำลังใจที่จะยืนหยัดเผชิญหน้ากับปัญหาและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยวัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงด้วย²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง⁷ จากนั้นจึงส่งเสริมความสามารถของวัยรุ่นตามองค์ประกอบที่ 3 ความสามารถของฉัน (I can) ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องภายในของวัยรุ่น ประกอบด้วย การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ดำเนินการผ่าน กิจกรรมที่ 4 “ยืนหยัด ผ่าฟัน และเรียนรู้” และกิจกรรมที่ 10 “เตรียมพร้อมเสมอ” ช่วยให้อายุรุ่นเกิดทักษะแก้ไขปัญหา

ทำให้วัยรุ่นเกิดการวางแผนที่ดี เกิดการเรียนรู้การแก้ไขปัญหา
อย่างเป็นลำดับขั้นตอนเมื่อเผชิญสถานการณ์และเหตุการณ์
ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หรือเกิดภาวะซึมเศร้า
การผ่อนคลายความเครียด ดำเนินการผ่าน กิจกรรมที่ 5
“ถอดรหัสความเครียด” และกิจกรรมที่ 6 “สร้างภาพใน
จินตนาการ” ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจถึงกลไกและ
สาเหตุของภาวะเครียด ที่นำไปสู่ภาวะวิตกกังวลและภาวะ
ซึมเศร้า²¹ และเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด และฝึก
ทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการสร้างจินตนาการ
เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ความตึงเครียด
อีกครั้ง วัยรุ่นจะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี
ทำให้จิตใจผ่อนคลายและสงบ ส่งผลให้ภาวะเครียดลดลง
ทำให้วัยรุ่นมีความพร้อมที่จะรับฟังคำแนะนำต่างๆ และมีความ
พร้อมในการแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมี
ประสิทธิภาพต่อไป²¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดย
พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย
ความเครียดได้สูงสุด นั่นคือ วัยรุ่นที่มีความเข้มแข็งทางใจสูง
ก็จะมีภาวะเครียดต่ำ^{9,10} และการฝึกทักษะสื่อสาร ดำเนินการผ่าน
กิจกรรมที่ 7 “คุยกันอย่างเข้าใจ” และกิจกรรมที่ 8
“สื่อสารแบบ I-Message” ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
จากการสื่อสาร ช่วยให้การสื่อสารและแก้ไขปัญหาเป็นไปใน
ทิศทางที่สร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^{7,8} โดยพบว่า
สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล จะช่วยให้วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นว่า
ตนเองมีศักยภาพในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีทักษะในการเผชิญ
ปัญหา รู้สึกรับผิดชอบตนเองและผู้อื่น เป็นการเตรียมความพร้อม
ในการเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ตึงเครียดได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาวะเครียดและภาวะวิตกกังวล
ของวัยรุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้^{22,23}

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา
เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ทางใจที่ใช้แนวคิดองค์ประกอบการเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ทางใจของกรอทเบิร์ก^{9,10} ทั้ง 3 องค์ประกอบ ที่ช่วยลดภาวะ
ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียดในวัยรุ่น^{7,8}
ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 10 กิจกรรม
จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
ช่วยให้วัยรุ่นสามารถตั้งองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบของ
การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
จึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตด้านลบลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถ
นำไปใช้เป็นแนวทางในการลดภาวะสุขภาพจิต ได้แก่
ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ของวัยรุ่นได้
และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการฝึกอบรม ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่
ในการดูแลนักเรียนในสถานศึกษา คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน
ด้านอนามัยโรงเรียน ให้สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจไปใช้ได้เหมาะสม โดยผู้ทำโปรแกรม
เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้นั้น ต้องได้รับการฝึกอบรม
โปรแกรม วิธีการดำเนิน การใช้คำถาม การใช้ใบงาน การแก้ไข
ปัญหาขณะดำเนินกิจกรรม การให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับ
สถานการณ์ในทางลบ ยกตัวอย่างเช่น ความเครียดที่มาก
เกินกว่าการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากบางกิจกรรมอาจ
ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของนักเรียนบางราย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิต ได้แก่
ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทน
ของประสิทธิภาพของโปรแกรม ถึงความยั่งยืนในผลของ
โปรแกรม

References

1. Powwattana A, Auemaneekul N, Lagampan S. Risk behaviors prevention in adolescence: concepts and management in multilevel approach. Bangkok: Danex intercorporation company limited; 2018. (in Thai)
2. Veit CT, Ware JE, Jr. The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983;51(5):730-42.
3. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Annual report 2018. Bangkok: Inspire House Company Limited; 2018. (in Thai)

4. Varcarolis EM. Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2013.
5. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
6. Chanralaksana N, Thaweekoon T, Sangon S. Factors predicting depression in secondary school students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2015;29(2):128-43. (in Thai)
7. Nintachan P, Vanaleesin S, Sanseeha L, Thummathai K, Orathai P. Resilience and Thai youth risk behavior. Ramathibodi Nursing Journal. 2011;17(3):430-43. (in Thai)
8. Sangon S, Nintachan P, Thaweekoon T. Resilience and depression of people in a community in Phathumthani province. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018;32(2):84-99. (in Thai)
9. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague The Netherlands: Bernard van Leer Foundation; 1995.
10. Grotberg EH. Resilience for today: Gaining strength from adversity. Westport, CT: Praeger; 2003.
11. Huannet P, Dangdomyouth P, Upasen R. The Effect of resilience enhancement program on self-esteem of depressive patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018;32(2):39-51. (in Thai)
12. Chaosaunsreecharoen P, Chaosuansreecharoen KR, Khongsanit S. Effectiveness of a resilience- enhancing program on resilience, self-esteem, emotional quotient and academic achievement motivation among 1st-year students at Sirindhorn College of Public Health, Trang. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019;20(2): 16-30. (in Thai)
13. Sangsanguan W. The effectiveness of resilience enhancement program by using problem-based leaning in undergraduate nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2):186-94. (in Thai)
14. Seangsanaoh S, Vatanasin D, Hengudomsub P, Pratoomsri W. The influence of interpersonal factors on depression among late adolescents. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2017;33(3):59-69. (in Thai)
15. Saisuwan W, Nintachan P, Sangon S, Ekathikhomkit N. Relationships between family functioning, sense of belonging, perceived stress and resilience in Thai disadvantaged adolescents in a province in the Northern region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020;34(1):61-85. (in Thai)
16. Sriprasarn C, Wacharasin C, Hengudomsub P. Feasibility of enhancing happiness and resilience family-based program on depressive symptom among adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Supplement). (in Thai)

17. Jornburom Y. Effect of the resilience enhancement program on reduced stress of students secondary school. *Journal of Nursing Division*. 2017;44(1):103-15. (in Thai)
18. Chirak W, Nintanchan P, Taweekoon T. The effect of the resilience enhancing program on depression and resilience of nursing students in a nursing college in the Northeast region of Thailand. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2015;29(3):42-60. (in Thai)
19. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*. 2013;48(6):1018-29.
20. Balgiu B. Self-esteem, personality and resilience. Study of a students emerging adults group. *Journal of Educational Science and Psychology*. 2017;VII(LXIX):93-9.
21. Ruchiwit M. Stress management for promoting mental health. 2nded. Bangkok: Thammasat Printing House; 2013. (in Thai)
22. Suwannaboon W, Puapan S, Thanee S, Dallad J. The effects of interpersonal group therapy on quality of life among Shizophrenic patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2015;23(1):68-79. (in Thai)
23. Sriprasarn C, Wacharasin C, Hengudomsab P. Feasibility of Enhancing Happiness and Resilience Family-Based Program on Depressive Symptoms among Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19:279-88. (in Thai)

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

A Study of Clinical Nurse Supervisor Competencies, Governmental Hospitals

เสาวลักษณ์ ต้นสักตระกูล* วาสินี วิเศษฤทธิ์

Saowalak Tonsaktragoon* Wasinee Wisetrith

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิกมากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพการพยาบาล 3 คน หัวหน้ากลุ่มการ/ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐ 3 คน นักวิชาการ/อาจารย์พยาบาล 3 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 6 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล 6 คน

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ 2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ และ 3) นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 คำนวณ หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น เพื่อสรุปเป็นสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกโรงพยาบาลรัฐ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 6 ด้าน สมรรถนะย่อย 59 ข้อ ได้แก่ ด้านวิชาการเชิงคลินิก 14 ข้อ ด้านการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก 14 ข้อ ด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิก 12 ข้อ ด้านการสอนในคลินิก 7 ข้อ ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 6 ข้อ และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6 ข้อ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.50-4.76 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.25-0.82

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินสมรรถนะสำหรับการพัฒนาและเตรียมความพร้อมสู่การเป็นพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

คำสำคัญ : สมรรถนะ พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก

Abstract

The purpose of this research was to study the competencies of clinical nurse supervisors by using the Delphi Technique. The participants were 21 experts with clinical supervision knowledge and experience more than 20 years consisting of three experts in the Federation of Nursing Professions, three directors of nursing departments operating in government hospitals, three professionals who are academic nurses, six head nurses and six advanced practice nurses. The Delphi Technique consisted of three steps. At Step One, all experts were asked to describe the competencies of clinical nurse supervisors. At Step Two, data were analyzed by content analysis to develop a rating scale questionnaire were used to estimate the trends of importance in clinical supervisory nursing competencies. At Step Three, all items were analyzed by using median and interquartile

Corresponding Author: *E-mail: lantamom@hotmail.co.th

วันที่รับ (received) 18 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ก.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 พ.ย. 2564

range to develop a new version of the questionnaire then sent to the above experts for confirmation. Data were re-analyzed by median and interquartile range to summarize the competencies of clinical nurse supervisors in government hospitals. The results of the study indicate that the competencies of clinical nurse supervisors in government hospitals consist of the following 6 components, 59 items: 1) Technical and theoretical knowledge (14 items); 2) Skills of clinical supervisors (14 items); 3) Attributes of clinical supervisors (12 items); 4) Clinical teaching (7 items); 5) Communication and relationships (6 items) and 6) Nursing informatics technology (6 items) with a median in the range of 4.50 - 4.76; the interquartile range in the range of 0.25 - 0.82

Keyword : Competency, Clinical nurse supervisor

บทนำ

ปัจจุบันทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญกับคุณภาพภายใต้มาตรฐานคุณภาพตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ผู้บริหารโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลจึงได้พัฒนาโครงสร้างระบบงานและศักยภาพของบุคลากรให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับและผู้ให้บริการเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของไทยเนื่องจากให้บริการประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศและทุกสิทธิการรักษา มีหน้าที่ดูแลรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยที่โรคมีความซับซ้อนมากขึ้นจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์เฉพาะทางที่ทันสมัย ต้องอาศัยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สร้างความพึงพอใจและความไว้วางใจให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและฝ่ายการพยาบาลจึงมีนโยบายพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบวิชาชีพให้เป็นผู้มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในงานโดยรู้เท่าทันความเสี่ยง หรือความผิดพลาดที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย ซึ่งนำมาสู่การฟ้องร้องได้

จากนโยบายดังกล่าวผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลได้นำระบบการนิเทศทางการพยาบาลมาใช้เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลให้เป็นผู้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม เพื่อยกระดับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยระบบการนิเทศทางการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การนิเทศทางบริหาร และการนิเทศทางคลินิก อีกทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลได้มอบหมายหน้าที่

พยาบาลผู้นิเทศตามตำแหน่งสายการบังคับบัญชาของฝ่ายการพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้นิเทศทางการพยาบาลระดับสูง ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่นิเทศทางบริหารให้กับผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ตรวจการพยาบาล มุ่งเน้นการนิเทศนโยบายและระบบบริหารจัดการของฝ่ายการพยาบาล เป็นการตรวจเยี่ยมงานตามนโยบายและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลการนิเทศแก้ไขปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล 2) ผู้นิเทศทางการพยาบาลระดับกลาง ได้แก่ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล และผู้ตรวจการพยาบาล มีหน้าที่นิเทศทางบริหารและทางคลินิกให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลเชี่ยวชาญในงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วนที่ไม่สามารถแก้ไขได้เองภายในหน่วยงานและต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหาร รวมถึงการนิเทศตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนางานไปสู่ทิศทางและเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และ 3) ผู้นิเทศทางการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลเชี่ยวชาญในงาน มีหน้าที่นิเทศทางคลินิกภายในหอผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ของหน่วยงาน มุ่งเน้นที่กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพและใช้บทบาทตามตำแหน่งหน้าที่การปฏิบัติงานเพื่อบริหารงานภายในหอผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ¹ ดังนั้นพยาบาล

ผู้นิเทศทางคลินิก จึงเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลเชี่ยวชาญในหน่วยงานนั้น ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้รับการนิเทศในทีมการพยาบาล

โดยแสดงบทบาทพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกเพิ่มเติมจากบทบาทพยาบาลวิชาชีพ²

จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาของพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกในปัจจุบันพบว่า พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และพยาบาลเชี่ยวชาญในงานส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ผู้นิเทศทางคลินิกมาก่อน จึงใช้วิธีการสอนตามประสบการณ์ทำให้การสอนแตกต่างกัน ผู้รับการนิเทศจึงเกิดความสับสน³ อีกทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อทำหน้าที่พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกจึงขาดความรู้ ขาดทักษะการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกทำให้สะท้อนผลการปฏิบัติไม่เป็นจึงขาดการยอมรับจากผู้รับการนิเทศ เนื้อหาการนิเทศมุ่งเน้นไปทางบริหารมากกว่าคลินิก นอกจากนี้ภาระงานที่มีมากในแต่ละเวรทำให้พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับผู้รับการนิเทศในทีมการพยาบาลเกิดความอ่อนล้า เบื่อหน่ายและไม่ให้ความสำคัญกับการสอน กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นแบบเชิงรับ การนิเทศเชิงป้องกันจะเกิดขึ้นเฉพาะช่วงเวลาที่ย่างจากงานประจำเท่านั้น ดังนั้นกระบวนการนิเทศทางคลินิกจึงขาดความสม่ำเสมอซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลโดยตรง⁴

พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการบวนการนิเทศ เพราะเป็นผู้จัดกระทำต่อผู้รับการนิเทศ ซึ่งหากพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกมีสมรรถนะที่ไม่เพียงพอจะไม่สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้รับการนิเทศได้ และคุณภาพงานบริการพยาบาลจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน² ดังนั้นการศึกษาศมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกจะช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถวางแผนการพัฒนา

สมรรถนะที่เหมาะสม เพียงพอให้แก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อบำรุงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้รับการนิเทศออกมาได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งช่วยส่งเสริมภาวะผู้นำและบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ทำให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้มาตรฐาน เกิดการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญ เกิดความพึงพอใจในงานและผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยจากบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

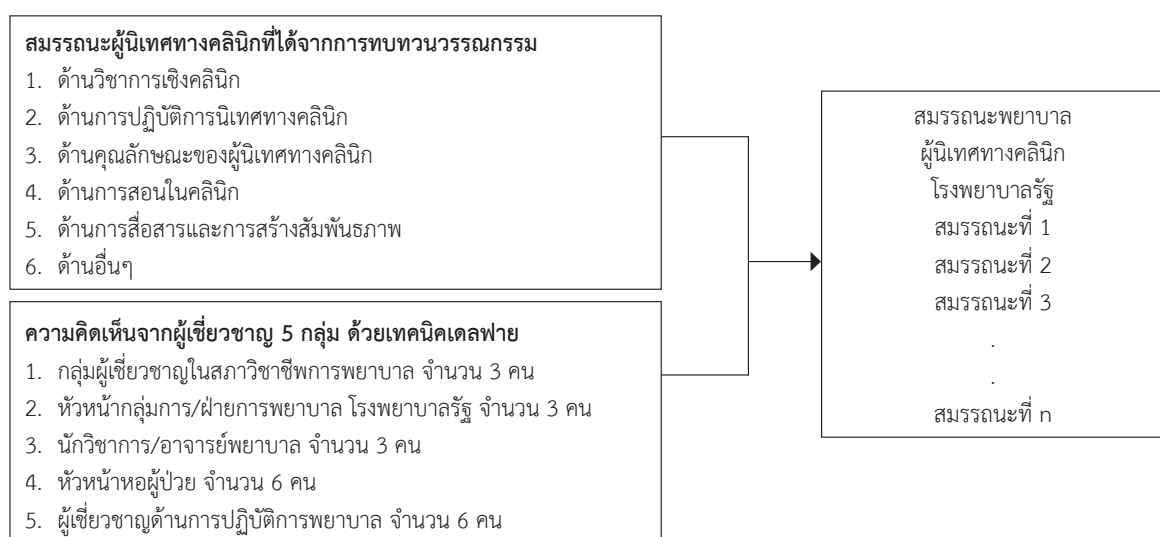
สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐควรมียุทธศาสตร์ประกอบสมรรถนะด้านใดบ้าง และในแต่ละองค์ประกอบควรมีสมรรถนะย่อยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกโรงพยาบาลรัฐ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก⁵ ร่วมกับแนวคิดสมรรถนะของผู้นิเทศ การพยาบาล⁶ และคุณลักษณะของผู้นิเทศที่มีประสิทธิภาพ^{7,8} นำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการรวบรวมความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิก ตามภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิก ทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับวิธีบอกต่อ (Snowball technique) จำแนกเป็น 5 กลุ่ม จำนวน 21 คน ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับหัวหน้ากลุ่มการ/ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐ จำนวน 3 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นนักวิชาการหรืออาจารย์พยาบาล จำนวน 3 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 6 คน และกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 2 ข้อและแบบบันทึกการตอบ ตัวอย่างข้อคำถามดังนี้ 1) จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ผู้นิเทศทางคลินิกโรงพยาบาลรัฐควรมีสมรรถนะหลักกี่ด้าน อะไรบ้าง และ 2) ท่านคิดว่าสมรรถนะในแต่ละด้าน ควรประกอบด้วยรายละเอียดที่เป็นสมรรถนะย่อยอะไรบ้าง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 30-45 นาทีต่อคน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ สร้างจากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จำแนกเป็นสมรรถนะหลัก 6 ด้าน และสมรรถนะย่อย 65 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 1 แสดงข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical feedback) ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตรวจสอบอีกครั้ง พิจารณาข้อรายการสมรรถนะที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.5 ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลประกอบ จำแนกเป็นสมรรถนะหลัก 6 ด้าน และสมรรถนะย่อย 59 ข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถามกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สรุปเป็นสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 6 ด้าน และสมรรถนะย่อย 59 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงโดยแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย กล่าวคือ ความตรงตามเนื้อหาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ส่วนความเที่ยงอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆ รอบหาค่าตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่ามีความเที่ยงสูง พิจารณาจากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ผู้วิจัยสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติรับรองโครงการวิจัยที่ 017.1/63 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน ได้รับข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 6 ด้าน และสมรรถนะย่อย 59 ข้อ ดังรายละเอียดในตาราง

ตาราง สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ	Med	IR	ระดับความสำคัญ
1. ด้านวิชาการเชิงคลินิก			
1.1 สามารถอธิบาย/ชี้แนะแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.74	0.27	มากที่สุด
1.2 สามารถบูรณาการมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลหรือมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของกองการพยาบาลกับการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพตามผลลัพธ์ที่กำหนด	4.72	0.29	มากที่สุด
1.3 สามารถอธิบายระบบการทำงาน บริบทขององค์กรและกลุ่มการพยาบาลได้	4.72	0.29	มากที่สุด
1.4 สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศเรื่องกฎ ระเบียบหรือแนวปฏิบัติต่างๆขององค์กรและกลุ่มงานได้	4.72	0.29	มากที่สุด
1.5 สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศเรื่องการป้องกันความเสี่ยงจากประเด็นจริยธรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นภายในหน่วยงานได้	4.72	0.29	มากที่สุด
1.6 สามารถเลือกใช้เครื่องมือต่างๆ ในการนิเทศทางคลินิกได้เหมาะสมกับสถานการณ์และผู้รับการนิเทศแต่ละราย เช่น Coaching, GROW model เป็นต้น	4.72	0.29	มากที่สุด
1.7 สามารถบูรณาการใช้กระบวนการนิเทศทางคลินิกร่วมกับการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง	4.72	0.29	มากที่สุด
1.8 สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆภายในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.72	0.29	มากที่สุด
1.9 สามารถอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและปรากฏการณ์การเกิดที่แตกต่างของโรค แนวทางการรักษา และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในสาขาที่ปฏิบัติงานได้	4.71	0.31	มากที่สุด
1.10 สามารถบูรณาการระบบประกันคุณภาพ เช่น HA, AHA และกระบวนการพัฒนาคุณภาพงาน เช่น PDCA กับ การปฏิบัติงานได้	4.71	0.31	มากที่สุด
1.11 สามารถจัดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกทั้งแบบเดี่ยว แบบกลุ่มได้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้รับการนิเทศ	4.71	0.31	มากที่สุด
1.12 สามารถวางแผนพัฒนาสมรรถนะให้แก่ผู้รับการนิเทศทางคลินิกได้	4.71	0.31	มากที่สุด
1.13 สามารถเชื่อมโยงนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรและกลุ่มการพยาบาลลงสู่ผู้ปฏิบัติงานได้	4.71	0.31	มากที่สุด
1.14 สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศเรื่องพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กฎหมายวิชาชีพ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานได้	4.67	0.46	มากที่สุด
2. ด้านการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก			
2.1 สามารถค้นหาและสรุปประเด็นปัญหา ความต้องการที่ผู้รับการนิเทศแต่ละรายควรได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.76	0.25	มากที่สุด
2.2 สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ความมั่นใจและกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศเกิดความต้องการเปลี่ยนแปลง พัฒนาตนเองให้ดีขึ้นได้	4.76	0.25	มากที่สุด
2.3 สามารถสอนและสาธิตวิธีการบำบัดทางการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาลพื้นฐาน และการปฏิบัติหัตถการเฉพาะทางในสาขาที่ปฏิบัติงานแก่ผู้รับการนิเทศได้	4.74	0.27	มากที่สุด

ตาราง สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ	Med	IR	ระดับความสำคัญ
2.4 สามารถติดตามการปฏิบัติงานของผู้รับการนิเทศให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่ถูกต้องอย่างสร้างสรรค์	4.74	0.27	มากที่สุด
2.5 สามารถปรับรูปแบบ วิธีการนิเทศทางคลินิกเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและบริบทของหน่วยงานได้	4.74	0.27	มากที่สุด
2.6 สามารถสะท้อนผลการนิเทศทางคลินิกอย่างสร้างสรรค์ให้แก่ผู้รับการนิเทศเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดและตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนปฏิบัติได้	4.74	0.27	มากที่สุด
2.7 สามารถเป็นโค้ชให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้ผู้รับการนิเทศเกิดทักษะการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นได้	4.72	0.29	มากที่สุด
2.8 สามารถวิเคราะห์ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับการนิเทศเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนในขณะปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม	4.72	0.29	มากที่สุด
2.9 สามารถวิเคราะห์ และดำเนินการแก้ไขเมื่อเกิดประเด็นทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นได้	4.72	0.29	มากที่สุด
2.10 สามารถจัดการความรู้ ถ่ายทอด และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศให้แก่ผู้อื่นได้	4.72	0.29	มากที่สุด
2.11 สามารถดูแลสมาชิกในทีมการพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักจริยธรรม และปกป้องผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ	4.71	0.31	มากที่สุด
2.12 สามารถหาวิธีใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งแบบทั่วไปและซับซ้อนซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.71	0.31	มากที่สุด
2.13 สามารถประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือผลการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้	4.69	0.33	มากที่สุด
2.14 สามารถให้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานแก่ผู้รับการนิเทศ	4.69	0.33	มากที่สุด
3. ด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิก			
3.1 รับฟัง ยอมรับ และเคารพความคิดเห็นของผู้อื่น	4.75	0.26	มากที่สุด
3.2 มีท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร	4.75	0.26	มากที่สุด
3.3 มีความยืดหยุ่น ประนีประนอม	4.75	0.26	มากที่สุด
3.4 สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ในทุกสถานการณ์ของการนิเทศงาน	4.72	0.29	มากที่สุด
3.5 มีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) คิดบวกอยู่เสมอ	4.72	0.29	มากที่สุด
3.6 มีความไวต่อการรับรู้ความต้องการของผู้รับการนิเทศ	4.72	0.29	มากที่สุด
3.7 เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสแก่ผู้อื่นเสมอ	4.72	0.29	มากที่สุด
3.8 สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ (Disruptive)	4.72	0.29	มากที่สุด
3.9 เข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล	4.71	0.31	มากที่สุด
3.10 มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์	4.71	0.31	มากที่สุด
3.11 ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้รับการนิเทศอย่างจริงใจ	4.69	0.33	มากที่สุด
3.12 มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล	4.67	0.46	มากที่สุด

ตาราง สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ	Med	IR	ระดับความสำคัญ
4. ด้านการสอนในคลินิก			
4.1 สามารถชี้ประเด็นปัญหาให้ผู้รับการนิเทศเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง	4.76	0.25	มากที่สุด
4.2 สามารถสอน อธิบาย และสาธิตโดยใช้วาจาสุภาพ และกริยาท่าทางที่นุ่มนวล น่าสนใจ	4.74	0.27	มากที่สุด
4.3 สามารถสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการเรียนการสอนในคลินิก	4.72	0.29	มากที่สุด
4.4 สามารถออกแบบวิธีการสอนในคลินิกให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการนิเทศได้	4.71	0.31	มากที่สุด
4.5 สามารถเลือกใช้รูปแบบ เทคนิคการสอนทางคลินิกที่กระตุ้นให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับผู้รับการนิเทศ เช่น การสอนแบบ Adult Learning, Scenario test เป็นต้น	4.71	0.31	มากที่สุด
4.6 สามารถติดตาม และประเมินผลการสอนในคลินิกได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม	4.71	0.31	มากที่สุด
4.7 สามารถจัดสรรเวลาการสอนในคลินิกได้อย่างเหมาะสม โดยไม่กระทบกับเวลาปฏิบัติงานประจำ	4.64	0.61	มากที่สุด
5. ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ			
5.1 สามารถสื่อสารด้วยรูปแบบ วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้ง วัจนภาษาและอวัจนภาษาได้อย่างเหมาะสม ผู้รับสารเข้าใจได้ง่าย	4.74	0.27	มากที่สุด
5.2 สามารถสื่อสารได้ตรงกับวัตถุประสงค์ ครบถ้วน ชัดเจน กระชับและเหมาะสมกับกาลเทศะ	4.74	0.27	มากที่สุด
5.3 สามารถสื่อสารเพื่อการประสานความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้	4.72	0.29	มากที่สุด
5.4 สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการนิเทศและบุคลากรทุกระดับทั้งภายใน ภายนอกหน่วยงานและทีมสหสาขาได้	4.72	0.29	มากที่สุด
5.5 สามารถพัฒนาและธำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศได้	4.69	0.33	มากที่สุด
5.6 สามารถเลือกใช้เทคนิค ช่องทางการสื่อสารเชิงบวกได้เหมาะสมกับผู้รับการนิเทศ	4.69	0.33	มากที่สุด
6. ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ			
6.1 สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล และฐานข้อมูลต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ตได้	4.64	0.57	มากที่สุด
6.2 สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสื่อสารภายในทีมสหสาขา	4.64	0.57	มากที่สุด
6.3 สามารถประยุกต์โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานและการนิเทศทางคลินิกได้อย่างปลอดภัยภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์	4.58	0.75	มากที่สุด
6.4 สามารถออกแบบหรือใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บ และประมวลผลข้อมูลจากการปฏิบัติงานและการนิเทศงานได้	4.55	0.79	มากที่สุด
6.5 สามารถออกแบบหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสร้างสื่อการสอนทางคลินิก	4.55	0.86	มากที่สุด
6.6 สามารถใช้คอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้	4.50	0.82	มากที่สุด

จากตาราง สมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ ประกอบด้วย สมรรถนะด้านวิชาการเชิงคลินิก 14 ข้อ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก 14 ข้อ สมรรถนะด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิก 12 ข้อ สมรรถนะด้านการสอนในคลินิก 7 ข้อ สมรรถนะด้านการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ 6 ข้อ สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6 ข้อ และทุกสมรรถนะมีความสำคัญในระดับมากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะด้านวิชาการเชิงคลินิก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ สามารถอธิบาย/ชี้แนะแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ และทักษะหลายด้าน ก่อนการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย กระบวนการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้ในทุุกกิจกรรมทางการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจและนำไปใช้เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเป็นวิชาชีพ (Professional) โดยใช้กระบวนการนิเทศทางคลินิกเป็นกลไกส่งเสริมให้เกิดการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิกเป็นตัวกลางในการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษา และเป็นแหล่งความรู้ทางการพยาบาล⁴

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ สามารถค้นหาและสรุปประเด็นปัญหาความต้องการที่ผู้รับการนิเทศแต่ละรายควรได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนิเทศทางคลินิกมีความเชื่อมโยงกับระบบการรับรองคุณภาพบริการพยาบาล เพราะช่วยให้พยาบาลเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กระบวนการนิเทศทางคลินิกจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความรับผิดชอบและเกิดการไตร่ตรองก่อนลงมือปฏิบัติ¹⁰ ดังนั้นผู้นิเทศทางคลินิกจึงควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการปฏิบัติงานและควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการนิเทศมาก่อนในหัวข้อที่จำเป็น เช่น วิธีการนิเทศทางคลินิก การประเมินความต้องการการเรียนรู้การเป็นโค้ช การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อสร้าง

ความมั่นใจและกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศต้องการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น

สมรรถนะด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ เป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับและเคารพความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นผู้มีท่าทีอบอุ่นและเป็นมิตร รวมถึงเป็นผู้มีความยืดหยุ่น ประนีประนอม เนื่องจากการนิเทศทางคลินิกในปัจจุบันได้เปลี่ยนแนวคิดไปจากเดิม ซึ่งแบบเดิมจะเน้นการสั่งการและตรวจตรา แต่ปัจจุบันเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ รวมถึงให้ความสำคัญในด้านความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้นิเทศทางคลินิกจึงเป็นผู้มีความสำคัญมากที่สุดในกระบวนการนิเทศเพราะเป็นผู้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงต่อผู้รับการนิเทศ หากผู้นิเทศมีบุคลิกที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดจาเสียงดัง มีสีหน้าเคร่งเครียดตลอดเวลา จะส่งผลกระทบต่อผู้รับการนิเทศทำให้รู้สึกกดดัน วิตกกังวล และเกิดความเครียดเมื่อทราบว่าต้องรับการนิเทศ¹¹ ดังนั้นคุณลักษณะที่เหมาะสมของผู้นิเทศทางคลินิกจะช่วยทำให้กระบวนการนิเทศดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ช่วยให้ผู้รับการนิเทศเกิดการพัฒนาทักษะและรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้มากขึ้น

สมรรถนะด้านการสอนในคลินิก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ สามารถชี้แนะให้ผู้รับการนิเทศทราบประเด็นปัญหาต่างๆ เกิดการเรียนรู้และความต้องการพัฒนาตนเอง เนื่องจากผู้นิเทศทางคลินิกเป็นผู้ที่แปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นผู้ที่เข้าใจความต้องการของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จึงควรเป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ในการดำเนินงาน รวมถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้รับการนิเทศ โดยใช้บทบาทการเป็นครูคลินิก ช่วยให้ผู้รับการนิเทศได้รับความรู้เพิ่มเติมหรือความรู้ใหม่ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง¹² ดังนั้นการสอนในคลินิกจึงต้องออกแบบให้เหมาะกับลักษณะของผู้รับการนิเทศ ซึ่งอาจสอนโดยใช้หลักสอนให้น้อยลงแต่เรียนรู้ให้มากขึ้น เช่น สอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้รับการนิเทศมีความมั่นใจก่อนการปฏิบัติจริง ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจทางคลินิกได้

สมรรถนะด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ สามารถสื่อสารด้วยรูปแบบวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาได้อย่างเหมาะสม

ผู้รับสารเข้าใจได้ง่าย และสามารถสื่อสารให้ผู้รับสารรับทราบในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้ครบถ้วน ชัดเจน กระชับเหมาะสมกับกาลเทศะ เนื่องจากการปฏิบัติงานในคลินิกนั้นจำเป็นต้องมีการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ตลอดเวลา เช่น การรับส่งเวร การรายงานอาการผู้ป่วย เป็นต้น การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการประสานความร่วมมือเพื่อให้ทำงานร่วมกันไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างราบรื่น เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการนิเทศ¹³ ดังนั้นประสิทธิภาพของการสื่อสารจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ส่งสารที่รู้จักเลือกใช้วิธีการสื่อสารด้วยรูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย และควรคำนึงถึงความสามารถของผู้รับสารด้วย

สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการนิเทศในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ตได้ รวมทั้งสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสื่อสารภายในทีมสหสาขา เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพโดยใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่มีคุณค่ามากขึ้น รวมทั้งช่วยสนับสนุนการสื่อสารภายในทีมสหสาขาทำให้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ผู้ให้ทางคลินิกจำเป็นต้องปรับรูปแบบการนิเทศผ่านระบบออนไลน์โดยใช้วิดีโอคอลเพื่อทำการนิเทศให้แก่ผู้รับการนิเทศที่อยู่ไกลหรืออยู่ในสถานการณ์ที่จำกัด ซึ่งช่วยให้ระบบการนิเทศทางคลินิกสามารถดำเนินต่อไปได้สม่ำเสมอ ผู้รับการนิเทศเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะตนเองด้านความรู้ ทักษะและคุณลักษณะที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลผู้ให้ทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้ให้ทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

1.3 สถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปใช้เป็น

แนวทางการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลผู้ให้ทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้ให้ทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ

References

1. Tannukit P. Study Charge Nurses' Competencies in Nursing Division B.M.A. General Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2019; 15(1) : 14-22. (in Thai)
2. Sritragool R. Clinical Supervision in Nursing: Model, Process and Output + Outcomes evaluation. Khon Kaen: Academic Service Center Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
3. Homnan N, Wiserith W. The Development Of Preventive Emergency Obstetric Clinical Supervision Model For Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18 : 140-8. (in Thai)
4. Na Patthalung P. Expected and Actual Supervision Role of Head Nurses in Application of Nursing Process on Nursing Record and Knowledge Development of Personnel at Songkhla Hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(1) : 190-206. (in Thai)
5. Cutcliffe JR, Sloan G. Towards a Consensus of a Competency Framework for Clinical Supervision in Nursing: Knowledge, Attitudes and Skills. The Clinical Supervisor. 2014; 33(2): 182-203.
6. Kittiratchada S, Wanichpunchaphol W. Nursing supervision implementation to quality. Bangkok: Samcharoen Panich; 2008. (in Thai)
7. The Nurses' Association of Thailand. Professional Skills Development by Clinical supervision; 2018 February 15; Dhevaraj hotel: Nan city center. Nan 2018. (in Thai)

8. Consortium national de formation en santé (CNFS), University of Ottawa. The qualities of a good clinical supervisor. Ottawa (Canada): Ottawa University; 2011.
9. Gracht H. Consensus measurement in delphi studies review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting & Social Change*. 2012; 79(1): 1525-36.
10. Bifarin O, Stonehouse D. Clinical supervision: an important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*. 2017; 26(6) : 331-6.
11. Maungprasert S, Kongkakul U, Sahmaae N, Kuiburd T, Iemwuttiwattana J, Charoenwong S. The Development of Participative Clinical Supervision Model among the Nursing Division in Naradhiwas Rajanagarindra Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2018; 10(2) : 13-24. (in Thai)
12. Jeranukul A. Suggestions for Teaching in Nursing: Points of View from Teaching Experiences in Sweden. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2018; 11(2) : 40-56. (in Thai)
13. Sriwicha P, Limprasert K. Communication Behavior among Professional Nurses at General Hospital in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019; 37(1) : 138-47. (in Thai)
14. Moolsart S. The Clinical Telesupervision in Family Nursing Practicum. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(2) : 35-43. (in Thai)

ผลการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค ต่อความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน

The Effects of Anapanasati with Biofeedback on The Stress of Amphetamine Patients' Primary Caregivers

ดาวรรณ หาญคำเถื่อน ชมชื่น สมประเสริฐ* อังคณา จิรโรจน์

Dawan Hancomthaun Chomchuen Somprasert* Angkana Jirarode

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคต่อความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค 2) แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาส เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีชนิดไม่เป็นความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ติดสาร แอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนติดสารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังให้โปรแกรมผู้ดูแลหลักของผู้ติดสารแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านลบต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านลบก่อนการทดลอง ($M = 21.27, SD = 4.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.95, p < .001$) 2) หลังให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านบวก ($M = 22.70, SD = 2.55$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 11.33, SD = 5.77$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.05, p < .001$) 3) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 7.84, SD = 4.80$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.27, SD = 0.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.50, p < .001$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

ความเครียดด้านบวกระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_3 = 11.37$, $SD = 5.61$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_4 = 0.03$, $SD = 1.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.83$, $p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค, ผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน, การจัดการความเครียด

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research was to determine the effects of Ānāpānasati with biofeedback on the stress of amphetamine patients' primary caregivers. The sample consisted of 60 caregivers of amphetamine patients, recruited using the inclusion criteria. They were randomly assigned to the control and experimental groups, with 30 subjects in each group. The experimental group received the Ānāpānasati with biofeedback created by the researchers. It consisted of eight sessions 90 minutes each, one time per week, for a total of eight weeks. The control group received routine caring activities. The research instruments were the following: 1) Ānāpānasati with biofeedback validated for content by three qualified persons; 2) Questionnaires for data collection were personal data questionnaire and the Thai Stress Test. The tool was tested for quality by 3 experts. The Thai stress test for Thai people was tested on 30 people with similar qualifications. which examined the questionnaire's reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .84. The demographics were analyzed using descriptive statistics. A comparison of the mean negative and positive stress scores of the primary caregivers of amphetamine addicts between the pretest and posttest for the experimental group was analyzed using dependent t-test. Further, an independent t-test was used to examine the mean difference in the negative and positive mean scores for the pretest and posttest for the experimental and control group.

The results of the findings were as follows 1) after the main care program of amphetamine addicts negative stress mean score ($M = 13.43$, $SD = 1.96$) than the pre-experimental negative stress mean score ($M = 21.27$, $SD = 4.23$), which was statistically significant ($t = 8.95$, $p < .001$). 2) After the experiment, it was found that the experimental group had a statistically significant higher positive stress mean score ($M = 22.70$, $SD = 2.55$) than before the experiment at ($M = 11.33$, $SD = 5.77$) and ($t = 11.05$, $p < .001$) respectively. 3) The mean difference of negative stress mean score in the caregivers of amphetamine addicts between the pretest and posttest of the experimental group that participated in the Ānāpānasati with biofeedback program ($\bar{D}_1 = 7.84$, $SD = 4.80$) were significantly greater than the mean difference of negative stress mean score of the control group that received routine caring activities ($\bar{D}_2 = 0.27$, $SD = 0.91$) ($t = 8.50$, $p < .001$), and the mean difference of positive stress mean score in the caregivers of amphetamine addicts between the pretest and posttest of the experimental group ($\bar{D}_3 = 11.37$, $SD = 5.61$) was significantly greater than that of the control group that received routine caring activities ($\bar{D}_4 = 0.03$, $SD = 1.07$) ($t = 10.83$, $p < .001$).

Keywords: Ānāpānasati with biofeedback program, primary caregivers of amphetamine addicts, stress management

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์การใช้สารแอมเฟตามีนประจำปีค.ศ. 2021 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ¹ พบว่าสารแอมเฟตามีนมีการระบาดมากที่สุดใน 3 ปี ค.ศ. 2019 มีการพบสถิติเพิ่มขึ้น 20% ในปี ค.ศ. 2020 และในปัจจุบัน ค.ศ. 2021 พบสถิติเพิ่มขึ้นมากถึง 71% โดยทั่วโลกมีประชากรอายุ 15-64 ปี ใช้สารแอมเฟตามีนโดยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือดจำนวนประมาณ 14 ล้านคน ใช้สารแอมเฟตามีนประเภทผง/เฮโรอีน จำนวน 16.50 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน จำนวน 33.80 ล้านคน ใช้กัญชา จำนวน 180.60 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบผู้เข้าบำบัด (ร้อยละ 78.8) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 7.1) ไอซ์ (ร้อยละ 7.1) และตัวยาอื่น ๆ (ร้อยละ 7.0) กลุ่มผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 23.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 17.9 และกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 14.5 โดยพบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.1 หรือมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้เข้าบำบัดยาเสพติดทั้งหมด มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 50 มีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชายคาเดียวกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนร้อยละ 66.7 มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช โดยมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการด้านความวิตกกังวล และนอนไม่หลับสูงกว่าด้านอาการทางกาย ด้านความบกพร่องทางสังคม และด้านความซึมเศร้ารุนแรง ผู้ดูแลหลักผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน มีพฤติกรรมการดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75.21 ของคะแนนเฉลี่ย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนต่อเนื่อง การดูแลผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลายาวนาน และต้องเข้ารับการรักษานานในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้ผู้ดูแลหลักที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกดดันและรับรู้ถึงความเหนื่อยล้า รู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ ความเหนื่อยล้า และสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในช่วงร้อยละ 58 คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54² สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า คือ ความเครียด หรือกล่าวได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นผลจากความเครียดเป็นระยะเวลานาน และผู้ดูแลหลักไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง อีกทั้งผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวและผู้ดูแลถึงร้อยละ 92.2 ในด้านจิตใจอารมณ์ ด้านการเงินทรัพย์สิน ด้านร่างกาย และพฤติกรรม

รุนแรงทางเพศ³ การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน โดยการใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดต่อความสามารถ และภาระของการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักอัตราการป่วยซ้ำ และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย⁴ พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผู้ดูแลหลัก สามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ภาระการดูแลผู้ป่วยหลังผู้ดูแลหลัก ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกอานาปานสติได้ประโยชน์ทั้งร่างกาย และจิตใจโดยจะรวมถึงสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจิตบำบัด โดยผู้ฝึกอานาปานสติจะมีความฉลาดทางอารมณ์ มีสติ รู้เท่าทันสาเหตุและต้นตออารมณ์นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ของ อานาปานสติ การควบคุมตนเอง และจิตบำบัดพบว่า การฝึกอานาปานสติ และการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสัมพันธ์ที่ดี และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทั่วไป การฝึกอานาปานสติพบว่า มีความแตกต่างกันเกิดขึ้นหลังจากที่สามารถควบคุมตนเองได้ทำให้ความทุกข์ลดลง โดยกลุ่มผู้ดูแลหลักจะสามารถผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นได้รวมถึงหาวิธีแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ไบโอฟีดแบค (Biofeedback) คือ การใช้กระบวนการป้อนกลับ เพื่อให้บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย ด้วยการอาศัยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภายในร่างกาย และป้อนกลับข้อมูลให้ทราบ โดยวิธีผ่านสัญญาณเสียง แสงหรือภาพ เช่น ภาวะเหงื่อออก อุณหภูมิผิวหนัง ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้และควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองนั้น ให้อยู่ภายใต้การทำงานของจิตใจ โดยพยายามปรับสรีรวิทยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ⁶ และสามารถให้ผู้ดูแลหลักเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมฝึกการอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค ต่อความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน เพราะเนื่องจากจะช่วยลดความเครียดแล้วยังส่งผลให้ผู้ดูแลหลักสามารถฝึกโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องหลังจากใช้โปรแกรมเกิดความผ่อนคลาย และสามารถหาทาง

แก้ไขปัญหาแบบยั่งยืนได้ และคาดหวังว่าผลการฝึกจะเป็นประโยชน์ในด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความเครียดด้านลบ และความเครียดด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคแตกต่างกันหรือไม่
2. ความเครียดด้านลบ และความเครียดด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดด้านลบ และความเครียดด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดด้านลบ และความเครียดด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

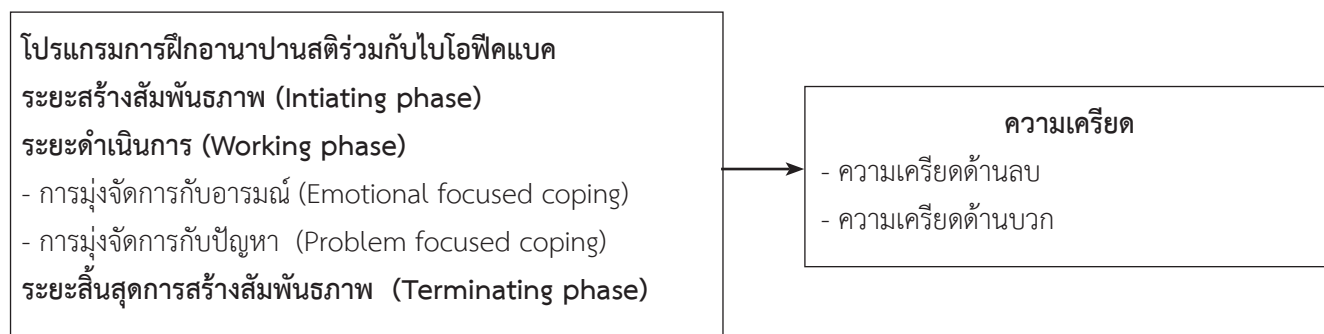
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคแตกต่างกัน

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ และด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังการได้รับการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคพัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดของเซลเย⁷ ที่ว่าความเครียดเกิดจากร่างกายได้รับสิ่งคุกคามจากภายในและภายนอก ร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยทั่วไป เพื่อปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น และสามารถวัดเป็นรูปธรรมได้ มีผลทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยการฝึกอานาปานสติเป็นวิธีการจัดการความเครียดวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย การฝึกอานาปานสติครั้งนี้เป็น⁸ การฝึกสมาธิบำบัดเพื่อบำบัดทางจิตทำให้เกิดความสุข ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติกและต่อมหมวกไต ส่งผลให้อัตราการเต้นหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ยิ่งไปกว่านั้น การฝึกสมาธิยังส่งผลต่อหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว ทำให้แรงดันหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิผิวหนังที่ปลายนิ้วสูงขึ้น และต่อมเหงื่อทำงานลดลงทำให้ความต้านทานของกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น เมื่อฝึกร่วมกับไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ ทั้งนี้การจัดกิจกรรมที่มุ่งแก้ไขพฤติกรรมในรูปแบบโปรแกรมที่มีความต่อเนื่องจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดสารแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่จากโปรแกรมที่รู้สึกผ่อนคลายและความเครียดลดลง เมื่อฝึกจนชำนาญผู้ป่วยจะตระหนักรู้ความเครียดที่เกิดขึ้น และสามารถตอบสนองเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายได้แม้ไม่มีเครื่องมือฝึกทำให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดได้



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group, pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการฝึก อานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน

ประชากร เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ติดสารแอมเฟตามีนที่พาผู้ป่วยมาทำกิจกรรมกลุ่มที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเขต 43 มีนบุรี มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ทางกฎหมายหรือเครือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือ ญาติพี่น้องอายุ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.0.10 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนที่พาผู้ป่วยมาเข้ากิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี 2) เป็นเพศชายและหญิง ที่มารับบริการช่วงเดือน สิงหาคม 2563 ถึง กันยายน 2563 3) สื่อสารชัดเจนด้วยภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการฝึก อานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเครียดรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยและโรคประจำตัวอื่นๆ

2. แบบประเมินความเครียด (Thai stress test)¹⁰ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าแบบ (Likert scale) 3 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเป็นครั้งคราว และความรู้สึก

เครียดบ่อยๆ ประกอบด้วยข้อคำถามโดยให้เลือกตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อ 1-12 บอกความรู้สึกทางด้านลบ และข้อ 13-24 บอกความรู้สึกทางด้านบวก รวมทั้งหมด 24 ข้อ

3. โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคแบบควบคุมต่อเนื่อง SC โดยทำการทดลองในผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที แบ่งออกเป็นสัปดาห์ละ 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ผู้ดูแลหลักสามารถเลือกช่วงเวลาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมตามช่วงเวลาที่เหมาะสม โดย กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00-10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 10.30-12.00 น. กลุ่มที่ 3 เวลา 13.00-14.30 น. ร่วมกับการฝึกอานาปานสติที่บ้านอย่างน้อยวันละ 20 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามหนังสือรับรองโครงการที่ COA no.045/2562 วันที่ 28 มีนาคม 2562

การดำเนินการวิจัย

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยได้หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากศูนย์บริการสาธารณสุข 43 มีนบุรี ให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม แบบฟอร์มการเข้าร่วมโครงการวิจัย และการรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามให้เงียบสงบมีระยะห่าง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในช่วงเดือนสิงหาคม 2563 ถึง กันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดก่อนและหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่ชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดก่อนและหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองกับ

กลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 86.7) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70) ($M = 40.93$, $SD = 11.14$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.3) ($M = 38.90$, $SD = 11.44$) สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 83.7) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 56.7) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว กลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพมารดามากที่สุด (ร้อยละ 53.3) ส่วนกลุ่มควบคุมมีสัมพันธภาพแบบพี่น้อง/สามี-ภรรยา/อื่นๆมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช., ปวส./ปริญญาตรี/ปริญญาโท (ร้อยละ 56.7) ส่วนกลุ่มควบคุมระดับ

ชั้นมัธยมศึกษา/ปวช., ปวส./ปริญญาตรี/ปริญญาโทระดับมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) ด้านอาชีพพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ทำนา, ทำสวน/แม่บ้าน/ว่างงาน/อื่นๆในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 60) ด้านรายได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 1,001 คิดเป็นร้อยละ 100, 86.7 ตามลำดับ ที่เหลือในกลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.3

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในด้านอายุ ด้านสถานภาพ ด้านความสัมพันธ์ ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ ส่วนตัวแปรที่ใช้การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher exact test) ได้แก่ เพศ และ ด้านรายได้ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่าตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งแสดงว่าสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้

1. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	M	SD	df	t	p-value
คะแนนด้านลบ					
ก่อนการทดลอง	21.27	4.23	29	8.95	.00
หลังการทดลอง	13.43	1.99			
คะแนนด้านบวก					
ก่อนการทดลอง	11.33	5.77	29	11.05	.00
หลังการทดลอง	22.70	2.55			

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบหลังการทดลอง ($M = 13.43$, $SD = 1.99$) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบก่อนการทดลอง ($M = 21.27$, $SD = 4.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.95$, $p < .001$) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกหลังการทดลอง ($M = 22.70$, $SD = 2.55$)

สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 11.33$, $SD = 5.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.05$, $p < .001$)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
คะแนนความเครียดด้านลบ							
ก่อนการทดลอง	21.27	4.23	21.07	3.81	58	0.20	.42
หลังการทดลอง	13.43	2.00	20.80	3.77	58	9.50	.00
คะแนนความเครียดด้านบวก							
ก่อนการทดลอง	11.33	5.77	11.60	3.66	58	0.21	.42
หลังการทดลอง	22.70	2.55	11.63	3.45	58	14.14	.00

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความเครียดด้านลบของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ ($M = 21.27, SD = 4.23$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($M = 21.07, SD = 3.81$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.20, p = .42$) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบของกลุ่มทดลอง ($M = 13.43, SD = 2.00$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 20.80, SD = 3.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.5, p < .001$) และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย

ความเครียดด้านบวก ($M = 11.33, SD = 5.77$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($M = 11.60, SD = 3.66$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.21, p = .42$) ส่วนหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของกลุ่มทดลอง ($M = 22.70, SD = 2.55$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 11.63, SD = 3.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.14, p < .001$)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

ผลต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{D}_2$	SD			
คะแนนความเครียดด้านลบ	7.84	4.80	0.27	0.91	8.50	58	.00
คะแนนความเครียดด้านบวก	$\bar{D}_3$	SD	$\bar{D}_4$	SD	10.83	58	.00
	11.37	5.61	0.03	1.07			

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ ของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบของกลุ่มทดลอง ($M = 7.84, SD = 4.80$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 0.27, SD = 0.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 8.50, p < .001$) ส่วนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวก ของผู้ดูแลผู้ติดสารแอมเฟตามีน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของกลุ่มทดลอง ($M = 11.37, SD = 5.61$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 0.03, SD = 1.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.83, p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค ต่อความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค ซึ่งกิจกรรมหลัก ประกอบด้วย เพียงสบตา อานาปานสติ ผลการอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค สมาธิสุข คลายเครียดเพิ่มสุข คติวิเคราะห์ การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และจะได้ไม่ลืมกัน โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ติดต่อกัน อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคแตกต่างกัน

ผลการวิจัย พบว่า หลังให้โปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบมีระดับคะแนนลดลง ($M = 13.43$, $SD = 2.00$) เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบก่อนให้โปรแกรม ($M = 21.27$, $SD = 4.23$) ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบของก่อนและหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.21, p < .001$) อภิปรายว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มผู้ดูแลหลักมีคะแนนความเครียดด้านลบเพิ่มขึ้นมากกว่า เพราะเกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โดยแนวคิดของเซลีย์⁷ กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากร่างกายได้รับสิ่งคุกคามจากภายในและภายนอกร่างกาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยทั่วไป เพื่อปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น และสามารถวัดเป็นรูปธรรมได้ มีผลทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) แบ่งเป็นสองระบบ คือ ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) กับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Para sympathetic nervous system) ดังนั้นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนจึงต้องมีการปรับตัว และจัดการกับความเครียด และการฝึกอานาปานสติทำให้เกิดความฉลาดในด้านอารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพ และการเข้าใจตนเองมากขึ้น¹¹

หลังให้โปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกมีระดับคะแนน ($M = 22.70$, $SD = 2.55$) ซึ่งเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกก่อนให้โปรแกรม ($M = 11.33$, $SD = 5.77$) ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกก่อนและหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.14$, $p < .001$) อภิปรายว่าอภิปรายว่า การฝึก

อานาปานสติทำให้คะแนนด้านบวกเพิ่มขึ้นเนื่องจาก อานาปานสติทำให้ร่างกายมีการปรับเปลี่ยนการทำงานระดับเซลล์ และสารเคมีในร่างกาย โดยการปฏิบัติอานาปานสติช่วยลดการกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ในระหว่างการฝึกอานาปานสติมีการลดลงของแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดการตื่นตัว และทำให้มีการหลั่งของเอ็นโดฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่ส่งผลให้ร่างกาย จิตใจอยู่ในสภาพผ่อนคลาย และทำให้เกิดความสุข

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังการได้รับการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

ผลการวิจัย พบว่า หลังให้โปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบก่อนให้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($M = 7.84$, $SD = 4.80$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 0.27$, $SD = 0.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.50$, $p < .001$) อภิปรายว่าอภิปรายว่า หลังการฝึกโปรแกรม ผลการฝึกอานาปานสติช่วยในการจัดการกับอารมณ์ ในโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมวิธีการจัดการปัญหาโดยใช้เหตุผลตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โพลค์แมน¹² ได้กล่าวว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีการปรับตัว โดยวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) โดยการเผชิญปัญหาทั้งภายในและภายนอกบุคคล มี 2 ลักษณะคือ การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) และการมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) โดยกิจกรรมทั้ง 8 สัปดาห์ออกแบบมาทั้งในเรื่องมุ่งจัดการกับอารมณ์ และมุ่งจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการความเครียด และค้นหาสาเหตุของความเครียด มีการฝึกอานาปานสติ เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

หลังให้โปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกก่อนให้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($M = 11.37$, $SD = 5.61$) มากกว่ากลุ่มควบคุม $M = 0.03$, $SD = 1.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.83$, $p < .001$) อภิปรายว่าอภิปรายว่า การที่ผู้ดูแลได้ฝึกสมาธิอย่างสม่ำเสมอจะทำให้จิตใจอยู่ในภาวะสงบ ทำให้ความเครียดลดลง หลังจากการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคแล้ว และเมื่อจบโปรแกรมได้ทำการประเมิน

ความเครียดด้วยแบบประเมิน TST พบว่าผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนมีความเครียดทั้งด้านลบลดลง และด้านบวกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบคมีผลต่อการลดคะแนนความเครียดด้านลบและเพิ่มคะแนนความเครียดด้านบวกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระดับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเสนอแนะว่าพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรเลือกกิจกรรมตามโปรแกรม ไปประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพและขยายผลแก่ผู้ดูแลหลักผู้ติดสารแอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลควรนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับไบโอฟีดแบค ไปศึกษา และพัฒนาต่อในผู้ดูแลหลักกลุ่มอื่นๆ ที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

References

1. Heikkilä H, Maalouf W, Campello G. The United Nations Office on Drugs and Crime's Efforts to Strengthen a Culture of Prevention in Low-and Middle-Income Countries. Prevention Science. 2021; 22(1): 18-28. (in Thai).
2. Ritmoontree S, Fatigue and mental health of primary caregivers of methamphetamine addicts receiving services at Thanyarak Hospital. Department of Medical Services. Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
3. Wongpanarak N, The Role of the Nurse in Addiction Counseling. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019; 19(1): 16-23. (in Thai).
4. Jaroensan J. Effects of Using Clinical Nursing Practice Guideline in Caring for Schizophrenia Patients with Substance Dependence on Caregivers' Capabilities and Burden, and Patients' Relapse rate and Substance use. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(2): 46-60. (in Thai).
5. Yamma W, The Effect of Mediation Program on Emotion Quotient of the First Year Nursing Students in Phetchaburi Rajabhat University. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020; 22(1): 156-65. (in Thai).
6. Thongkum K, The Effect of Meditation Training Together with a Biofeedback Training Program on The Stress Levels of Chronic Disease Patients: Thesis of Master Nursing Science in Mental health and Psychiatric at Thammasat University; 2012. (in Thai).
7. Selye H. The Stress of Life. NewYork : Mc.Graw, Prentice Hall; 1956.
8. Venerable Phra Brahmaganabhorn (P.A. Payutto). Buddha-Dharma (Extended Edition). Bangkok: Sahathammik; 2016. (in Thai).
9. Ruchiwit M. Stress management for promoting mental health. Pathumthani: Thammasat University Press. 2013. (in Thai).
10. Phattharayuttawat S, Thai Stress Test (TST). Journal of Psychiatric Association of Thailand. 2000; 45(3) : 237-50. (in Thai).
11. Lertsakornsiri M. The effectiveness of meditation program toward multipleintelligencesamong the first year students at Saint Louis College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(3): 44-53. (in Thai)
12. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1984.

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province

วนิดา สมบูรณ์* ธีรนนท์ ผิวผา

Wanida Sompung* Thiranan Phuipha

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000
NCDs Mental Health and Drugs Work Group, Sisaket Provincial Public Health Office, Sisaket, Thailand, 33000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด และภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในโปรแกรมตรวจเช็คสุขภาพใจ ระหว่างเดือน เมษายน 2564 จำนวน 15,310 ราย เครื่องมือวิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง 3) แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงถดถอย ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษมีความเครียด และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.90 และ 1.36 ตามลำดับ ทั้งนี้เพศหญิง ผู้ที่มีประวัติป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ผู้ถูกกักตัว ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และเพศหญิง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีประวัติป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

คำสำคัญ: ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, โรคโควิด-19

Abstract

A Retrospective descriptive study aims to determine the Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province. Target population is people above 15 years old and was chosen by purposive sampling from people whom answering the COVID-19 mental health questionnaire from department of mental health's program called in "MENTAL HEALTH CHECK IN" during April 2021 total of 15,310. Method, the data was conducted by questionnaire that was developed by department of mental health which included 1) Personal data 2) Risk factors 3) Stress test (ST5), Patient health questionnaires to determine the depression which consist of 2Q and 9Q. Statistical calculations method used are frequency distributions, percentages and regression analysis. Result reveal that 15.90% of People Sisaket Province have stress and 1.36% have depression. Sex (especially female), history of mental health illness or taking anti-psychotic medications,

Corresponding Author: *E-mail: thiranan.pcu@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 1 ก.พ. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มี.ค. 2565

patient infected COVID-19, people under state quarantine, unemployed people, people with financial problems, people with low income or with liability and family with bedridden patient. These are risk factors that associated with stress, and sex (female), age (60 years old above) and history of mental health illness or taking anti-psychotic medications, unemployed people, people with financial problems, people with low income or with liability and family with bedridden patient. These are risk factors associated with depression. Statistically significant $p < .05$.

Keywords: Stress, Depression, COVID-19

บทนำ

แนวโน้มของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อปลายปี 2562 หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดและมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมากไปทั่วโลก¹ โดยองค์การอนามัยโลก² ได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคที่เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ณ วันที่ 11 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 151,192,390 ราย และเสียชีวิตจำนวน 3,181,289 ราย ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 65,153 และเสียชีวิตจำนวน 203 ราย³ (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2564) จังหวัดศรีสะเกษพบผู้ติดเชื้อจำนวน 162 ราย ซึ่งเกิดการแพร่ระบาดจากการเดินทางข้ามจังหวัดของประชาชนในช่วงวันหยุดเทศกาลสงกรานต์ในบางอำเภอและมีการแพร่กระจายทั่วจังหวัดศรีสะเกษ แต่ยังไม่พบผู้เสียชีวิต⁴ จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตต่อโรคโควิด-19 ทั่วโลก พบความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7 - 53.8 และ 14.6 - 48.3 ตามลำดับ⁵ ทวีปเอเชียพบความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.9 และ 35.3 ตามลำดับ⁶ ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตมีการรายงานปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ช่วงการแพร่ระบาดระลอกใหม่ช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 พบประชาชนมีความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.16, 2.79 ตามลำดับ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องรุนแรงและยาวนาน โดยเฉพาะการแพร่ระบาดระลอกใหม่ช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 ที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชน ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด วิตกกังวล อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้⁸ ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาเพิ่มขึ้นในปี 2562 - 2563 จำนวน 21,094, 25,059 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.26, 77.18 ตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดต่อแสนประชากรเป็น 4.4, 6.2 ตามลำดับ⁴ ซึ่งแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นแม้ว่าการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจะถึงเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2564 ร้อยละ 71 ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ^{1,9} ปัจจุบันมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังคงเกิดความตื่นตระหนก วิตกกังวล ประกอบกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคม^{10,11} ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เหนื่อยเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต¹² คิดและมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า หดหู่พลังงาน¹³ มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม¹⁴ และมีความคิดฆ่าตัวตาย^{15,16,10} จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งการศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทยที่ผ่านมา สอดคล้องกันเกี่ยวข้องกับ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง กลัวสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19^{17,5, 18} (2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป ประวัติลงพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 เป็นผู้กักตัว ติดเชื้อโควิด-19 และมีญาติติดเชื้อโควิด-19^{17,5,19} ซึ่งแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สถานการณ์ติดเชื้อ เชื้อชาติ และประเพณีวัฒนธรรม

ที่แตกต่างกันทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

การศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริม ป้องกัน โดยมุ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ มีมาตรการการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว แม้ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม² ลดการพบผู้ป่วยและเห็นใจผู้ที่ได้รับผลกระทบ²⁰ โดยการคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน²¹ รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ให้พัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าต่อไป จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจศึกษาแบบเจาะจงโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบปัญหาการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีแนวโน้มสูงขึ้นตามที่กล่าวข้างต้น และยังไม่ทราบปัจจัยและกลุ่มวัยที่ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม วางแผน ป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และอาจเกิดพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของคนในสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 มีผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษหรือไม่
2. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องรับยาต่อเนื่อง ผู้พิการทางกาย เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ว่างงาน ผู้ที่มีธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด ครอบครัวมีผู้พิการ ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎี ดังนี้ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory) ซึ่งได้อธิบายการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ฮอร์โมน และพันธุกรรมของบุคคล²² ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซึ่งความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคคลเกิดจากประสบการณ์เชิงลบในวัยเด็ก เกิดกลไกการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้บุคคลมีความคิดต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ และต่ออนาคตในทางลบ²³ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theory) บุคคลและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกจากกันได้ แต่บุคคลสามารถเรียนรู้และก้าวผ่านสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful life events) จึงจะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้²⁴ และทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis Theory) การที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในระยะแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปภาวะวิกฤตจะเปลี่ยนแปลงเป็นโอกาส แต่ถ้าไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤตนั้นได้ ก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²⁵ จากการทบทวนยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมใดสามารถอธิบายเกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ของกรมสุขภาพจิตซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับยาต่อเนื่อง
- เป็นผู้พิการทางกาย
- เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19
- ผู้ถูกกักตัว
- สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19
- ผู้ว่างงาน
- ธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว
- รายได้น้อย
- ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด
- ครอบครัวมีผู้พิการ
- ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่สมัครใจยินยอมตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 – วันที่ 30 เมษายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะภายในบุคคล และภายนอกบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับ

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับยาต่อเนื่อง ผู้พิการทางกาย เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว รายได้น้อย ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด ครอบครัวที่มีผู้พิการ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 64.4 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูง ร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78

3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะ

สูงร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แบบเข้าข่ายยกเว้นการรับรอง (Research with Exemption) ในวันที่ 29 เมษายน 2564 ให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - วันที่ 30 เมษายน 2564 จำนวน 15,310 ราย โดยการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการดังรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับค่าคะแนนของความเครียดและภาวะซึมเศร้า (n = 15,310)

ระดับ	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ
ความเครียด		
- ไม่มีความเครียด/มีความเครียดเล็กน้อย (0-4 คะแนน)	12,880	84.10
- มีความเครียดระดับปานกลาง (5-7 คะแนน)	2,275	14.90
- มีความเครียดระดับมาก (8-9 คะแนน)	98	0.60
- มีความเครียดระดับมากที่สุด (10-15 คะแนน)	57	0.40
ภาวะซึมเศร้า		
- ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	15,102	98.64
- มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (7-12 คะแนน)	172	1.12
- มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	30	0.20
- มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	6	0.04

จากตารางที่ 1 ความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนร้อยละ 15.90 เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) ร้อยละ 14.90 รองลงมา มีความเครียดในระดับมาก

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) คำนวณหาค่า Adjusted odds ratios โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีทั้งหมด 15,310 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.90 และเพศชายร้อยละ 40.10 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 29.20 รองลงมาอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.60

2. ข้อมูลระดับค่าคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

(Severe Stress) 0.60 และมีความเครียดในระดับมากที่สุด (Very Severe Stress) ร้อยละ 0.40 และพบประชาชนมีภาวะซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 1.36 เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Mild depression) ร้อยละ 1.12 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้า

ในระดับปานกลาง (Moderate depression) ร้อยละ 0.20 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 0.04

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Logistics regression analysis (n = 15,310)

ปัจจัยเสี่ยง	ความเครียด							ภาวะซึมเศร้า						
	ปกติ		มีความเครียด		OR	95%CI	p-value	ปกติ		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยภายในบุคคล														
เพศ														
ชาย	5,314	41.26	832	34.24				6,097	40.37	49	23.56			
หญิง	7,566	58.74	1,598	65.76	1.30	1.18-1.44	<.001***	9,005	59.63	159	76.44	1.90	1.35-2.69	<.001***
อายุ														
15-59 ปี	9,124	70.84	1,724	70.95				10,674	70.68	174	83.65			
60 ปีขึ้นไป	3,756	29.16	706	29.05	0.90	0.82-1.00	0.054	4,428	29.32	34	16.35	1.86	1.27-2.72	.001***
ประวัติโรคเรื้อรัง														
ไม่มีโรคเรื้อรัง	11,827	91.82	2,265	93.21				13,890	91.97	202	97.12			
มีโรคเรื้อรัง	1,053	8.18	165	6.79	0.92	0.77-1.12	0.439	1,212	8.03	6	2.88	0.54	.22-1.28	0.165
ผู้พิการทางกาย														
ไม่เป็นผู้พิการทางกาย	12,683	98.47	2,382	98.02		0.87-1.68	0.255	14,863	98.42	202	97.12			
เป็นผู้พิการทางกาย	197	1.53	48	1.98	1.21			239	1.58	6	2.88	1.51	0.61-3.74	.366
เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต														
ไม่มีโรคทางจิตเวช	12,810	99.46	2,397	98.64				15,014	99.42	193	92.79			
มีโรคจิตเวช	70	0.54	33	1.36	2.63	1.71-4.05	<.001***	88	0.58	15	7.21	11.68	6.34-21.53	<.001***
ปัจจัยภายนอกบุคคล														
ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19														
ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ	12,815	99.5	2,365	97.33				14,974	99.15	203	97.6			
ผู้ป่วยติดเชื้อ	65	0.5	65	2.67	4.15	2.87-5.99	<.001***	128	0.85	5	2.4	1.82	0.69-4.78	0.22
ผู้ถูกกักตัว														
ไม่ถูกกักตัว	12,698	98.59	2,367	97.41				14,862	98.41	203	97.6			
ถูกกักตัว	182	1.41	63	2.59	1.75	1.28-2.40	<.001***	240	1.59	5	2.4	1.66	0.64-4.27	0.294
สมาชิกครอบครัวมีผู้ติดเชื้อ														
ไม่ติดเชื้อ	12,789	99.29	2,408	99.09				14,990	99.26	207	99.52			
ติดเชื้อ	91	0.71	22	0.91	0.85	0.59-1.44	0.568	112	0.74	1	0.48	0.45	0.05-3.63	0.461
ว่างงาน														
มีงานทำ	12,388	96.18	2,153	88.6				14,364	95.11	177	85.1			
ว่างงาน	492	3.82	277	11.4	2.47	2.10-2.91	<.001***	738	4.89	31	14.9	2.31	1.51-3.55	<.001***
ธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว														
ธุรกิจปกติ	12,752	99	2,370	97.53				14,925	98.83	197	94.71			
ธุรกิจล้มเหลว	128	1	60	2.47	1.58	1.14-2.19	.006**	177	1.17	11	5.29	2.40	1.20-4.79	.013**
รายได้น้อย														
มีรายได้	10,144	78.76	1,565	64.4				11,581	76.69	128	61.54			
รายได้น้อย	2,736	21.24	865	35.6	1.75	1.59-1.94	<.001***	3,521	23.31	80	38.46	1.55	1.14-2.11	.005**
ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด														
ไม่มีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด	10,378	80.57	1,942	79.92				12,162	80.53	158	75.96			
มีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด	2502	19.43	488	20.08	0.94	0.83-1.05	0.293	2,940	19.47	50	24.04	1.19	0.84-1.68	0.314
ครอบครัวมีผู้พิการ														
ไม่มีผู้พิการ	12,586	97.72	2,346	96.54				14,373	97.58	195	93.75			
มีผู้พิการ	294	2.28	84	3.46	1.26	0.97-1.64	0.079	365	2.42	13	6.25	1.51	0.97-2.90	0.21
ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง														
ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง	12,766	99.11	2,379	97.9				14,948	98.98	197	94.71			
มีผู้ป่วยติดเตียง	114	0.89	51	2.1	1.98	1.39-2.83	<.001***	154	1.02	11	5.29	3.01	1.43-6.31	.003**

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิง ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนมีความเครียดร้อยละ 15.90 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.36 เนื่องจากประชาชน มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด หวาดหวั่น ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁶ ซึ่งพบประชาชนเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7 - 53.8, 14.6 - 48.3 และการศึกษา⁸ ร้อยละ 2.16, 2.79 ว่าเกิดจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรคโควิด-19

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ มีดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิงมีความเครียดเป็น 1.30 เท่าของเพศชาย ($OR = 1.30$, 95% $CI = 1.18-1.44$, $p < .001$) เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความหวาดหวั่น วิตกกังวล ไม่สามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม⁹ สอดคล้องกับการศึกษา

ส่วนใหญ่^{5,6,17} ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตมีความเครียดเป็น 2.63 เท่าของผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ($OR = 2.63$, 95% $CI = 1.71 - 4.05$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตซึ่งมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น มากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,18} ซึ่งพบว่า ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 เกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความเครียดเป็น 4.15 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19 ($OR = 4.15$, 95% $CI = 2.87-5.99$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก ความรู้สึกผิดที่เป็นผู้แพร่เชื้อให้กับผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19 ถูกกักตัวมีความเครียดเป็น 1.75 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ถูกกักตัว ($OR = 1.75$, 95% $CI = 1.28-2.40$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่ถูกกักตัวมีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ ผนวกกับการรับรู้อาการรุนแรงของโรคทำให้รู้สึกเครียด อีกทั้งการกักตัวเป็นการจำกัดบริเวณอย่างต่อเนื่องตลอด 14 วัน การที่ประชาชนเคยมีชีวิตที่อิสระแต่ต้องมาถูกจำกัดบริเวณและไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้ ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้นได้⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรคก่อก่อให้เกิดความตื่นตระหนก ความรู้สึกผิดที่เป็นผู้แพร่เชื้อให้กับผู้อื่น ประกอบกับการถูกจำกัดสถานที่และการติดต่อจากสังคมทำให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ไม่ถูกกักตัว ผู้ว่างงานมีความเครียดเป็น 2.47 เท่าของผู้ที่มีงานทำ ($OR = 2.47$, 95% $CI = 2.10-2.91$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ว่างงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้มาจุนเจือตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่มีงานทำ⁹ ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลวมีความเครียดเป็น 1.58 เท่าของผู้ที่มีธุรกิจดำเนินการปกติ ($OR = 1.58$, 95% $CI = 1.14-2.19$, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจ

ล้มเหลว มีหนี้สิน เกิดความล้มเหลวในชีวิตและครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการดำเนินธุรกิจเป็นปกติ^๑ ผู้มีรายได้น้อย มีความเครียดเป็น 1.75 เท่าของผู้ที่มีรายได้ (OR = 1.75, 95% CI = 1.59-1.94, $p < .001$) เนื่องจากพบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีการรายได้ปกติ^๑ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความเครียดเป็น 1.98 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง (OR = 1.98, 95% CI = 1.39-2.83, $p < .001$) เนื่องจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง ต้องแบกรับภาระในการดูแลรับผิดชอบทั้งด้านดูแลรักษา การเลี้ยงดู เศรษฐกิจ ประกอบกับวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง^๑ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ที่พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.90 เท่าของเพศชาย (OR = 1.90, 95% CI = 1.35-2.69, $p < .001$) เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความหวาดหวั่นและสะสมจนกลายเป็นภาวะท้อแท้ใจ อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า^๑ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,6,17} ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าน่ามากกว่าเพศชาย ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.86 เท่าของประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี (OR = 1.86, 95% CI = 1.27-2.72, $p = .001$) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบางต้องการผู้ดูแลการจำกัดบริเวณอยู่แต่ในบ้านเพียงลำพัง ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้^{26,27} ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต มีภาวะซึมเศร้าเป็น 11.68 เท่าของผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต (OR = 11.68, 95% CI = 6.34-21.53, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น และสะสมจนกลายเป็นภาวะท้อแท้ใจ อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้^๑ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,18} ซึ่งพบว่า ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตซึ่งมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อต้องเผชิญ

กับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าน่ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ว่างงานมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.31 เท่าของคนที่มีการทำงาน (OR = 2.31, 95% CI = 1.51-3.55, $p < .001$) เนื่องจากในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้มาจุนเจือครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดสะสมจนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า^๑ ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.40 เท่าของผู้ที่มีธุรกิจดำเนินการปกติ (OR = 2.40, 95% CI = 1.20-4.79, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดสะสมหาทางออกให้ชีวิตไม่ได้ จนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้^๑ ผู้มีรายได้น้อย มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.55 เท่าของผู้ที่มีรายได้ (OR = 1.55, 95% CI = 1.14-2.11, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอจุนเจือครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความเครียด และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้^๑ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.01 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง (OR = 3.01, 95% CI = 1.43-6.31, $p < .05$) เนื่องจากบุคคลที่มีภาระดูแลผู้ป่วยติดเตียงในครอบครัว จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า จนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้^๑ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ที่พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงผลของการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมวางแผนป้องกัน และแก้ไขปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในเขตพื้นที่อื่น ๆ
2. บุคลากรสาธารณสุขควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้

นี้ไปประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้แสดงถึงระดับของความเครียดและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า จึงควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบระบบการดูแล การสร้างนวัตกรรม หรือโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ

References

1. Li H, Liu S, Yu X, Tang S. & Tang C. Coronavirus disease2019 (COVID-19): current status and future perspectives. International Journal of Antimicrobial Agents. 2020; 55(5): 105951.
2. Cucinotta D. & Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta bio-medica: Atenei Parmensis. 2020; 91(1): 157-60.
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus Disease 2019 Situation Report No.483 Date 30 April 2021. Nonthaburi: Retrieved May 2, 2021. (in Thai)
4. Sisaket Provincial Public Health Office: Retrieved April 30, 2021. (in Thai)
5. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. Journal of Affective disorders. 2020; 277: 55-64.
6. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygeni A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Globol Health. 2020; 16(1): 57.
7. Department of Mental Health. Covid 19 and mental health [Mental Health Check In] [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health: 2020.Retrieved May 2, 2021.(in Thai)
8. Wang J, Zhou Y, Laing Y. & Liu, Z. A Large Sample Survey of Tibetan People on the Qinghai-Tibet Plateau: Current Situation of Depression and Risk Factors. International Journal of Environmental Reseach. Public Health. 2019; 17:289.
9. Wongpiromsarn Y. Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2021; 28(4): 280-91. (in Thai)
10. World Health Organization [WHO]. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.
11. World Health Organization [WHO]. Depression: Let's talk. Retrieved 2021 April 26.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic statistical manual of mental disorders. (4thed). Text revision: Washington DC; 2002.
13. Beck AT, Steer RA. & Carbin G. Psychometric Properties of The Beck Intervention. Clinical Psychology Review. 1988; 8(1): 77-100.
14. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016; 10(69): 313-32.
15. Lauboonthawatchai A. Mental Health and Psychiatric nursing. 5thed. Chulalongkorn Printing Office; 2556. (in Thai)
16. Abdollahi A, Talib M. A. & Yaacob, S. N. Problem-solving skills and suicidal ideation among Malaysian college student: the mediating role of hopelessness. Academic Psychiatry.2016; 40(2): 261-7.

17. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho Cs, et al. Immediate Psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research. Public Health*. 2020; 17(5):1729.
18. Sangsirilak A. & Sangsirilak S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand* 2020; 65(4): 400-8. (in Thai)
19. Wijitraphan T. Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province. *Journal of Mental Health of Thailand* 2021; 29(1): 12-21. (in Thai)
20. The Inter-Agency Standing Committee. Interim Briefing Note: addressing mental health and psychological aspects COVID-19 outbreak (Version 1.5) [Internet]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC); c2020.
21. Strategy Bureau Department of Mental Health. Strategic Plan of the Department of Mental Health during the Development Plan National Economy and Society, (2017-2021). 2017. (in Thai)
22. Vacarolis E.M. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach, 4thed., New York: W.B. Saunder. 2002.
23. Stree H, Sheeran P. & Orbell S. (1999) "Conceptualizing Depression: An Integration of 27 Theories." *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6.
24. Grotberg E. H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The\Hague: The Bernard van leer foundation. 1995.
25. Aguilera D.C. Crisis intervention. In: Birkhead, LM, editor. *Psychiatric/mental health Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1989. p. 229-50.
26. Department of mental health. Knowledge of mental health care in epidemic situations Covid-19 "The mind is ready. I won't be sick. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; April 2020. (in Thai)
27. Suktawee S, Soonthornchaiya R. & Jirarode A. The Effect of a Reminiscence Program on The Resilience Among Older Adults with Depression. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(1): 235-43. (in Thai)

อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569

A Scenario of Nursing Organizational Management, Autonomous University Hospitals During B.E. 2022-2026

นครินทร์ กมณีย์* อารีวรรณ อ่วมตานี

Nakarin Kamanee* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ทำงานระดับนโยบายและการวางแผน หรือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 2 คน, กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ จำนวน 8 คน, กลุ่มผู้บริหารในองค์กรวิชาชีพ จำนวน 4 คน และกลุ่มอาจารย์พยาบาล สาขากาบริหารการพยาบาล จำนวน 6 คน วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอนาคตภาพการบริหารจัดการ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของอนาคตภาพการบริหารจัดการ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 และรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็น ผลการวิจัยพบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 ประกอบด้วย อนาคตภาพจำนวน 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกลยุทธ์ขององค์การ 2) ด้านโครงสร้างองค์การ 3) ด้านระบบปฏิบัติงาน 4) ด้านการ จัดการทรัพยากรทางการแพทย์ 5) ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ 6) ด้านรูปแบบการบริการ 7) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 8) ด้านการเรียนการสอน

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ, องค์การพยาบาล, อนาคตภาพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Abstract

The purpose of this research was to study a scenario of nursing organization management, autonomous university hospitals during B.E. 2022-2026. The Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) was applied. The subject were 20 experts including two chief administrator from Ministry of Public Health, eight nursing administrators of autonomous university hospital, four nurse executive and six administrative lecturers from autonomous university hospital. The EDFR consisted of three steps : In step one, the experts were asked to

Corresponding Author: *Email: nakarin.koe@gmail.com

วันที่รับ (received) 12 พ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ 25 ม.ค.2565 วันที่ตอบรับ (Accept) 6 ก.พ. 2565

describe about nursing organizational management. In step two, the data were analyzed by using content analysis for developing the rating scale questionnaire. All items in the questionnaire were ranked by the level probability of each scenario by organization management expertist. In step three, the data from the questionnaire were analyzed by median and interquartile range and then a new version of questionnaire was developed. The data were analyzed again by using median and interquartile range to summarize the nursing organizational management. The results showed that the future of nursing organization management autonomous university hospitals during B.E. 2022-2026 consists of 8 aspects of the future 1. Organizational strategy 2. Organizational structure 3. System 4. Nursing resource management 5. Management 6. Service 7. Information technology and 8. Education

Keyword : Management, Nursing Organizational, Scenario of Autonomous University Hospitals

บทนำ

องค์การพยาบาลเป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เกิดจากการรวมกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพระดับต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันบริหารและวางแผนการดำเนินงานขององค์การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการกึ่งในการบริหารจัดการ กำหนดนโยบายและวิสัยทัศน์ขององค์การพยาบาล ดูแลการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย รวมถึงปฏิบัติหน้าที่ด้วยจรรยาบรรณตามกฎหมายที่พระราชบัญญัติวิชาชีพกำหนด จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่มีความเป็นพลวัตต่อเนื่องไปถึงอนาคตไม่ว่าจะเป็นทางด้านความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้มีการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อรองรับการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการเจ็บป่วยทั้งจากภาวะโรคเรื้อรังและการเสื่อมถอยของอวัยวะทางร่างกายและภาวะวิกฤติทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นมีส่งผลให้การดูแลรักษาการเจ็บป่วยนั้นมีความซับซ้อน การพัฒนาและส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมต่อไป¹ รวมไปถึงการเจ็บป่วยและภาวะวิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต² ตลอดจนนโยบายการดำเนินงานของรัฐบาลที่มีเป้าหมายสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและการปรับโครงสร้างประเทศไทยสู่ประเทศไทย 4.0 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เชื่อมโยงกับแผนปฏิรูป

ประเทศด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นกรอบในการขับเคลื่อน นโยบายสู่การปฏิบัติภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อเชื่อมโยงกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ในการกำหนดนโยบาย ทิศทางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวทางด้านสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการทำงานและจัดสรรทรัพยากร องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ในฐานะผู้นำการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการบริหารงานของคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาล จึงต้องมีการวางแผนการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งด้านการกำหนดทิศทางการบริหารและการดำเนินงานของพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายขององค์การที่วางไว้โดยสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ได้ในอนาคต รวมถึงเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ จึงต้องมีการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น³ เพื่อให้การดำเนินงานในด้านการบริการ การส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ การพัฒนาความรู้ความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่มีมาตรฐาน ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับของสากลและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา อนาคตภาพการบริหารจัดการ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางให้องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในกำกับของรัฐสามารถดำเนินการบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเพื่อการบริหารพยาบาลที่มีมาตรฐานสากลต่อไปยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอนาคตภาพการบริหารจัดการ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐช่วงพุทธศักราช 2565-2569

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR เพื่อหาฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนาคตภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี โดยแนวคิดการพัฒนาความเป็นเลิศ, แนวคิดการบริหารจัดการองค์การที่เป็นเลิศ, ยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข และแนวคิดระบบสารสนเทศในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วยรายด้านเบื้องต้น ดังนี้ 1) กลยุทธ์ขององค์การ 2) โครงสร้างองค์การ 3) ระบบปฏิบัติงานเพื่อความเป็นเลิศ 4) การจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ 5) รูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ 6) ค่านิยมร่วมในการบริหารจัดการและเป้าหมายการดูแลที่เป็นเลิศ และ 7) เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 โดยใช้เทคนิควิจัยเชิงอนาคต EDFR โดยการหาฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ⁴ กำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่มร่วมกับการใช้เทคนิคการบอกต่อ (Snowball technique) เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมากที่สุด การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ทำงานระดับนโยบายและการวางแผนกระทรวงสาธารณสุข หรือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่ม

ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ 8 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารในองค์กรวิชาชีพ 4 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอาจารย์พยาบาล สาขากิจการพยาบาล 6 คน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเป็นผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ การปฏิบัติงานด้านการกำหนดนโยบาย การบริหาร การสอน และการวิจัย จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มีความเหมาะสมคือ 17-21 คน เพื่อรักษา ระดับความคลาดเคลื่อนของข้อมูลให้น้อยที่สุด⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างอิสระ ในการเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที
2. แบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าระดับความน่าจะเป็นมากที่สุดถึงน้อยที่สุดในแต่ละด้านของการเก็บข้อมูลรอบที่ 2
3. แบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ที่เพิ่มคำมัยฐาน และคำพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามในแต่ละข้อ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบเพื่อให้ได้ทราบคำตอบของตนเอง และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยความละเอียดรอบคอบในทุกขั้นตอนของการวิจัยทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ การตรวจสอบ โดย 1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 20 คนโดยตรง ทั้งยังผ่านการตรวจสอบความถูกต้องซ้ำหลายรอบในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการตอบแบบสัมภาษณ์ และ 2) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ซ้ำหลายรอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละรอบว่า มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง

น้อยกว่าร้อยละ 15 เสนอว่าสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้มีค่าการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับร้อยละ 7.63

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 รอบ โดยในรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ตามวันเวลาที่นัดหมาย ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยจัดส่งทางไปรษณีย์,จดหมายอิเล็กทรอนิกส์และนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนมาจำนวน 20 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งสิ้น 182 วัน โดยในรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 23 กันยายน 2563 รอบที่ 2 ตั้งแต่ 19 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 19 มิถุนายน 2564 และในรอบที่ 3 ตั้งแต่ 28 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในรอบที่ 1 โดยการถอดเทปภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาตรวจสอบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในแต่ละด้าน ร่วมกับการบูรณาการเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา และทำการจัดหมวดหมู่กำหนดเป็นอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 พบว่า มีทั้งหมด 8 ด้าน รวม 84 ข้อคำถาม

รอบที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามนำมา คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อนำไป สร้างแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลในรอบที่ 3 โดยข้อคำถาม ที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญในระดับมากขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่มีค่าน้อยกว่า 1.50 แสดงถึงความเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการปรับแก้สำนวนในแบบสอบถาม และเปลี่ยนแปลงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากเดิมมีข้อคำถาม 84 ข้อ ข้อคำถามคงเดิม 32 ข้อ ข้อคำถาม ที่ปรับปรุง 36 ข้อ และข้อคำถามใหม่ 8 ข้อ รวมข้อคำถาม ทั้งสิ้น 76 ข้อ

รอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล เช่นเดียวกับ รอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัดสินยืนยัน หรือ เปลี่ยนแปลงคำตอบ พบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การ พยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐช่วง พุทธศักราช 2565-2569 มีทั้งหมด 8 ด้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 015.1/63 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจง ข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย วัตถุประสงค์ การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย โดยเอกสารจะชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัย นี้ได้ รวมถึงมีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามหรือสามารถ บอกยุติการให้สัมภาษณ์ได้ในทุกระยะ ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาต บันทึกเสียงการสนทนา ซึ่งการถูกบันทึกเสียงการสนทนา และผลการวิจัยที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม ต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้

รายด้าน	ประเด็นที่ควรพัฒนา
1. กลยุทธ์ขององค์การ	1) การพัฒนาสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับชาติและนานาชาติ 2) การเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 3) พัฒนาการทำงานร่วมกับกับโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตที่รับผิดชอบ 4) การสร้างอัตลักษณ์ของพยาบาล
2. โครงสร้างองค์การ	1) การปรับโครงสร้างสายการบังคับบัญชา 2) การเน้นการทำงานเป็นทีมพร้อมสายงาน
3. ระบบการปฏิบัติงาน	1) การสร้างศูนย์นวัตกรรมและความเป็นเลิศทางการพยาบาล 2) การพัฒนาองค์การให้เป็นองค์การไร้กระดาษ (Paperless) 3) การใช้บริการ Outsource ให้บริการงานที่ไม่ใช่งานพยาบาล 4) การพัฒนาศูนย์ฝึกอบรม ที่สอดคล้องกับการพัฒนาศูนย์การบริการที่เป็นเลิศของโรงพยาบาล 5) การปรับบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์
4. การจัดการทรัพยากร ทางการพยาบาลและวิชาชีพ	1) การสรรหาบุคลากรที่ให้ความสำคัญกับการมีทัศนคติที่ดีต่อองค์การ 2) การพัฒนาบุคลากรระดับผู้บริหาร 3) การพัฒนาบุคลากรระดับปฏิบัติการ 4) การพัฒนาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 5) การสนับสนุนการเรียนรู้ระดับบัณฑิตศึกษา 6) การธำรงรักษามูลค่า
5. รูปแบบการบริหารจัดการ	1) การเน้นการกระจายอำนาจที่เพิ่มขึ้น 2) การออกแบบลักษณะการบริหารงานที่เป็นรูปแบบโครงการ/การทำงานเป็นทีม 3) การจัดตั้งกลุ่มย่อยในการดำเนินการ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว 4) การมีธรรมาภิบาลของผู้บริหาร
6. รูปแบบการบริการพยาบาล	1) การเตรียมความพร้อมรองรับโครงการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาล 2) การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับศูนย์ความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล
7. เทคโนโลยีสารสนเทศ	1) การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดการข้อมูล 2) การพัฒนาพยาบาลสารสนเทศ 3) การบริหารรูปแบบ tele-nursing ที่ชัดเจน 4) การนำเทคโนโลยีสร้างสื่อการเรียนการสอน 5) การบริหารจากวิเคราะห์ข้อมูลจาก big data 6) พัฒนาการใช้เทคโนโลยีที่มีคุณธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ
8. การเรียนการศึกษา	1) การร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลทุกระดับทั้งในและต่างประเทศ 2) การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้กับงานที่ทันสมัยได้ 3) การปรับการเรียนการสอนเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ให้ความรู้ 4) การร่วมพัฒนาหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางกับคณะพยาบาลศาสตร์ 5) การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในการจัดอบรม และเป็นแหล่งฝึกและศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ช่วงพุทธศักราช 2565-2569 ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้

1. ด้านกลยุทธ์ขององค์การ ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐต้องมีการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้ระดับชาติ และนานาชาติ มีการสร้างเครือข่าย/ปฏิบัติงานร่วมกับองค์การพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ เช่น การทำวิจัย การนำเสนอผลงาน เพื่อให้การทำงานของพยาบาลไทยมีมาตรฐานทัดเทียมสากลทั้งด้านความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาความเป็นเลิศในด้านการสื่อสารและพัฒนาองค์การสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ รวมถึง ร่วมพัฒนาความร่วมมือกับองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ในการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เช่น ในสถานการณ์ Covid-19 ที่มีผลกระทบอยู่ในขณะนี้และมีความต่อเนื่องถึงอนาคตต่อไป เพื่อให้ทันต่อการปรับบริการสุขภาพในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ และบุคลากร การจัดทำข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับข่าวสารองค์การพยาบาล⁷ มีการพัฒนาเครือข่ายเพื่อบริการที่ไร้รอยต่อ กับโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตที่รับผิดชอบ เช่น การวางระบบการปรึกษา (consult) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น รวมถึงการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เป็นเชิงรุกทั้งในด้านการบริหารและบริการพยาบาลร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลและโรงพยาบาลนอกเครือข่ายเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล พ.ศ. 2560-2564 ส่วนด้านการสร้างอัตลักษณ์ของพยาบาลทำได้โดยการสร้างให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีสมรรถนะตามวิชาชีพ มีทักษะ เข้มแข็งและเอื้ออาทร รวมถึงมีการพัฒนาภาพลักษณ์ที่ดี เช่น การวางตัว การแต่งกาย บุคลิกภาพ กระบวนการคิดและการสื่อสารในการบริการ

2. ด้านโครงสร้างองค์การ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีระยะที่ 2 นั้นเน้นการสร้างการแข่งขันของการบริหารจัดการ ดังนั้น โครงสร้างสายการบังคับบัญชาจึงต้องปรับเพื่อให้สอดคล้องต่อการบริหารจัดการ และการตรวจสอบการปฏิบัติงานลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่มีความจำเป็นลง กระจายอำนาจให้ผู้บังคับบัญชาระดับต้น ระดับกลางให้สามารถตัดสินใจบริหารอย่างอิสระ พัฒนาโครงสร้างองค์การพยาบาลให้มี

ความยืดหยุ่นพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารต้องรับรู้และมีความเข้าใจโครงสร้างรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเตรียมพร้อมในภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์⁸ รวมถึงออกแบบโครงสร้างที่คำนึงถึงระบบการดูแลผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญของพยาบาล นอกจากนี้การมุ่งเน้นการทำงานแบบทีมคร่อมสายงาน (Cross functional team) โดยการมีตัวแทนบุคลากรจากส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการและพัฒนางานให้บรรลุข้อตกลงร่วมกัน จะสร้างคุณค่าให้แก่กัน และทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁹

3. ด้านระบบการปฏิบัติงาน ด้านการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานสามารถทำได้โดยการสร้างศูนย์นวัตกรรมและความเป็นเลิศทางการพยาบาลเพื่อเป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรและประชาชน เช่น ศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ตลอดจนการจัดตั้งการพัฒนาศูนย์ฝึกอบรม (Training Center) ในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับการพัฒนาศูนย์การบริการที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลและร่วมสนับสนุนการทำ R2R ที่อาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นความร่วมมือทางการพยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถนำมาเผยแพร่และใช้พัฒนางานได้ ในอนาคตการบริการต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการให้บริการ¹⁰ ส่วนในด้านการพัฒนาองค์การให้เป็นองค์กรไร้กระดาษ (Paperless) สามารถทำได้โดยการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตลอดจน การให้บริการข้อมูลผ่านการออนไลน์ และการใช้บริการ Outsource หรือบุคลากรอื่นทำงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่รวมถึงการปรับบันทึก ทางการพยาบาลที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ (electronic) เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และประสานข้อมูลกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานที่แสดงได้ถึงปฏิบัติงานของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง การบันทึกที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ครอบคลุมจะส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนอาการ ณ ปัจจุบันเพื่อการวางแผนการรักษาของแพทย์และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป¹¹

4. ด้านการจัดการทรัพยากรทางการพยาบาล ควรมีการพัฒนาระบบการสรรหาบุคลากรโดยการคัดเลือกบุคคลที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน รับผิดชอบในหน้าที่ ในด้านการพัฒนาบุคลากรระดับผู้บริหารทำได้โดยการพัฒนาศมรรถนะในการบริหารงานผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ทางด้านการบริหารการพยาบาล พัฒนาภาวะผู้นำหรือความเป็นผู้นำรวมถึงการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) เพื่อพัฒนาสมรรถนะที่เป็นข้อจำกัด ส่วนในด้านการพัฒนาบุคลากรระดับปฏิบัติการควรมีระบบการเตรียมพร้อมการเข้าสู่ตำแหน่งตามบันไดอาชีพที่ชัดเจน เช่น พัฒนาคู่มือการเข้าสู่ตำแหน่งต่าง ๆ คู่มือการทำวิจัย/นวัตกรรม ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดในเรื่องการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละรายที่สามารถตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนาองค์การ รวมไปถึงการมอบรางวัลเชิดชูเกียรติในสาขาต่างๆ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจที่องค์กรให้ความสำคัญเป็นที่ยอมรับของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน¹² องค์กรที่ประสบความสำเร็จต้องสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาบุคลากรเข้ากับกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งเริ่มจากการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เปลี่ยนการอบรมเป็นการเรียนรู้ เสริมสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้เป็นแผนงาน และกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อให้องค์การมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสามารถและความชำนาญ สร้างโอกาสให้บุคลากรได้เพิ่มทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในระดับสมรรถนะที่ดีขึ้น¹³ ดังนั้น การพัฒนาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น พยาบาลนักวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม, พยาบาลนักการศึกษา (Nurse educator), Nurse Residency Program, พยาบาลผู้จัดการ Home based hospital เพื่อให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยจะเป็นหนึ่งในการพัฒนาองค์การสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จในอนาคตต่อไป

5. ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ องค์การพยาบาล ควรเน้นการกระจายอำนาจ ที่เพิ่มขึ้น ทำให้องค์การมีขนาดเล็กแต่คงมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่เพิ่มขึ้น การบริหารงานต้องมีความกระชับ ผู้บริหารทุกระดับมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการตัดสินใจ มีการออกแบบการบริหารงานในรูปแบบโครงการหรือการทำงานเป็นทีมโดยจัดตั้งกลุ่มย่อยในการดำเนินการเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ซึ่งการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

รวมถึงช่วยให้มีความคิดริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ จากสมาชิกที่มีทักษะและประสบการณ์ที่หลากหลายเกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในองค์กรเพิ่มขึ้น¹⁴ นอกจากนี้ผู้บริหารต้องมีการบริหารงานและการรับรู้ระบบการจัดการที่ถูกต้อง คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ผลงานด้านการบริหารมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่แสดงถึงความเจริญก้าวหน้าขององค์กร เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ¹⁵

6. ด้านรูปแบบการบริการพยาบาล ต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น การเตรียมความพร้อมรองรับโครงการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาล ทั้งการเลื่อนนัด การให้คำปรึกษาสุขภาพเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ส่วนในด้านการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับศูนย์ความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลให้มีความชัดเจน การให้บริการเชิงรุก เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยง วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อพัฒนาบริการให้เหมาะสมและได้มาตรฐานในระดับสากล ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ต่อยอดเป็นแผนการดำเนินงานขององค์การพยาบาล¹⁶

7. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศที่มีความรวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย องค์การพยาบาลต้องนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดการข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารสามารถบริหารข้อมูลได้แบบ real time เพื่อให้การบริหารจัดการมีความรวดเร็ว รวมถึงนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจาก big data or factual data ที่นำไปสู่การตัดสินใจในการจัดระบบการบริการพยาบาลที่ดีขึ้นของผู้บริหาร การพยาบาล ช่วยให้การบริหารข้อมูลนั้นเป็นระเบียบ และสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดขึ้น ดังนั้น หน้าที่หลักของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลจะช่วยให้องค์การสามารถนำข้อมูลสารสนเทศนั้น ๆ ไปใช้ตัดสินใจ ประสานงาน วางแผนและควบคุมการดำเนินงานขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ในด้านการปฏิบัติงานสามารถนำมาใช้เพื่อลดภาระงานที่ไม่ใช้งานของพยาบาลเพื่อที่พยาบาลจะสามารถมีเวลาในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างเต็มศักยภาพ

และในปัจจุบันระบบสารสนเทศเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่ายเหมาะกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย การนำเทคโนโลยีเข้ามาในเรื่องของการติดต่อและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายทั้งในด้านการติดตามดูแล การให้คำแนะนำ รวมถึงการจัดกิจกรรมออนไลน์ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น¹⁸ ตลอดจนช่วยให้มีการประสานงานที่ดี รวมไปถึงทำให้การเก็บสถิติตัวชี้วัดและรวบรวมข้อมูลที่มีขนาดใหญ่สามารถทำได้ง่ายและที่สำคัญคือการตรวจและดักจับความผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความแม่นยำ พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น¹⁹ ด้านการพัฒนาพยาบาลสารสนเทศ (Informatic Nurse) ให้มีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน ทั้งด้านการพัฒนาโปรแกรมและการนำข้อมูลทางการพยาบาลต่าง ๆ มาวิเคราะห์เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานและพัฒนา รูปแบบ tele-nursing ให้เด่นชัดขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ Care giver ในด้านการปฏิบัติตัวและการดูแล ตลอดจนนำเทคโนโลยีมาสร้างสื่อการเรียนการสอนทางด้านการพยาบาลเบื้องต้นที่ตอบสนองต่อกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายให้สามารถเรียนรู้ได้

8. ด้านการเรียนการศึกษา องค์การพยาบาลควรร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เน้นการเรียนการสอนที่สามารถนำไปใช้กับงานที่ทันสมัย ทั้งด้านเทคนิคและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ พัฒนาและปรับการเรียนการสอนเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศจากผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นเพื่อเปิดโลกทัศน์ให้นักศึกษามีมุมมองที่กว้างกว่าการพยาบาล และการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ขององค์การพยาบาลในการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ โดยประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายบริการพยาบาลและฝ่ายการศึกษาของแต่ละสถาบันซึ่งมีความเป็นเอกภาพเฉพาะตามระบบที่ทั้งสองฝ่ายร่วมกันในการหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการในการพัฒนางานบริการพยาบาลในขณะเดียวกันต้องเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขความพอใจในการพัฒนาตนเอง เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติและศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ เพื่อก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่พึงประสงค์ต่อไป²⁰ ตลอดจนควรมีการออกแบบการเรียนการศึกษาที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานทาง

วิชาชีพและสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้จริงในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย²¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. เป็นแนวทางในกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานขององค์การพยาบาลในช่วงพุทธศักราช 2565-2569 โดยศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและนำส่วนที่มีความสอดคล้องไปใช้หรือปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการบริหารจัดการองค์การพยาบาลในการบริหารจัดการ

2. เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาองค์การพยาบาลในการกำหนดบทบาทด้านการบริการพยาบาล การบริหาร, การพัฒนาบุคลากร, การพัฒนาวิชาการและการวิจัย และการสนับสนุนการจัดการศึกษาขององค์การพยาบาลร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาลักษณะที่พึงประสงค์ของศูนย์นวัตกรรมและความเป็นเลิศทางการพยาบาลต่อไป
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้บริการการพยาบาลผ่านเครือข่ายเทคโนโลยีและการสื่อสารทางไกล (Tele-nursing) ต่อไป

References

1. Wongpanarak N. Guideline for Promoting Quality of Life Based on Elderly Needs in Ban Hua hua, Tumbon Khamreang, MaHa Saraham Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 195-204. (in Thai)
2. Buachu T. Disruptive change in nursing education: from the situation of the spread of the coronavirus disease 2019 to online learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 1-9. (in Thai)
3. Salmond, S. W., & Echevarria, M. Healthcare transformation and changing roles for nursing. Orthopedic nursing. 2017; 36(1): 12.

4. Poolpatarachewin C. Future research. Thailand Research Expo 2016. 28 July 2016: Centara Grand and Bangkok Convention Centre: Bangkok: 2016. (in Thai)
5. Srisatidnarakul B. Methodology in nursing research. Bangkok: U and I Inter Media. 2010. (in Thai)
6. Tayaee K. Professional nurses's readiness towards international nursing service excellence at a tertiary hospital in Bangkok metropolitan. Journal of The police Nurses. 2016; 8(2): 107-18. (in Thai)
7. Racha P. The development of nursing service system for chronic Non-communicable disease (NCDs) patients in the COVID-19 outbreak situation. Region 4-5 Medical Journal. 2020; 39(3): 414-26. (in Thai)
8. Yomchinda T. Matrix Structure: an Essential for 21st Century Growth. Journal of Chandraasemsarn. 2018; 24(46): 46-62. (in Thai)
9. Sarakshetrin A. The effect of collaboration in multidisciplinary Teams, Learning the roles of multidisciplinary Teams. Academic Journal of community Public Health. 2020; 6(1): 125-35. (in Thai)
10. Paleerach S. Service quality and the decision to use the services of dibuk hospital. Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkhamhaeng University. 2019; 2(2): 96-110. (in Thai)
11. Pitipust J. Quality development of nursing record in patient department, Phluang hospital, Loei province. Journal of Sakon Nahon Hospital. 2020; 23(1): 28-37. (in Thai)
12. Kojaranjit P. Relationships between personal factors, efficiency human resource management of nursing department and organizational commitment pf professional nurses at Queen Sirit National Institute of Child Health. Journal of The Department of Medical Services. 2017; 42(2): 40-8. (in Thai)
13. Phromsathit S. Human resource development. Interdisciplinary Management Journal, Faculty of Management Science, Buriram Rajabhat University. 2019; 3(1): 51-64. (in Thai)
14. Krajangsaeng K. The role of administrators and team building for the organization development. Journal of Thonburi University. 2017; 11(26): 156-61. (in Thai)
15. Chuenhiaw S. The organizational administration with good governance, case study : Udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2021; 29(1): 82-95. (in Thai)
16. Angkhanit M. A model for the development of the quality of the nursing service system by the participation process of the nursing research and development department Roi Et Hospital. Journal of nursing and health care. 2020; 38(1): 107-16. (in Thai)
17. Boonyuen C. The use of information for Rajabhat University Management. Journal of information science. 2021; 39(3): 1-27. (in Thai)
18. Chaoayachai W. Health Literacy and New Normal in Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 41-8. (in Thai)
19. Ratcha-in K. Competencies of Nursing Informaticians Working in Community Hospitals in the northeast Region of Thailand. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(4): 100-8. (in Thai)
20. Saraketrin A. Nursing Education in the 21st Century: Competencies and Roles of Nursing Instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 12-20. (in Thai)
21. Roccumdee B. Collaboration between nursing service and nursing education for quality of nursing service. Vajira Nursing Journal. 2018; 20(2): 42-9. (in Thai)

การศึกษาสมรรถนะของพยาบาล ผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น A Study of Competencies of Nurse Entrepreneurs of an Aob Aoon Community Nursing Clinic

ณณปภัตร์ แสนประเสริฐ* อารีวรรณ อ่วมตานี

Nananpapat Sanprasert* Areewan Oumtanee

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิค EDFR กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 6 คน คณะทำงานโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 5 คน นักวิชาการด้านสุขภาพจำนวน 4 คน และนักกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และรอบที่ 3 นำข้อมูลมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และจัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นเพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้
1) ด้านบริการพยาบาล ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 3 ข้อ
3) ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคลินิก ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 5) ด้านการจัดทำระบบจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 2 ข้อ
6) ด้านกฎหมาย ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 7) ด้านการสื่อสาร ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ

คำสำคัญ: สมรรถนะของพยาบาล, พยาบาลผู้ประกอบการ, คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น, การวิจัยเชิงอนาคต

Abstract

The purpose of this research was to study the competencies of nurse entrepreneur of the Aob Aoon Community Nursing Clinic (AACNC) by using Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) technique. The study subjects were 18 experts including 6 nurse entrepreneurs of AACNCs, 5 staff members of the AACNC project working group, 4 of health scholars, and 3 professional nursing and health service lawyers. The EDFR consisted of 3 rounds: 1) interviewing all experts about the competency of nurse entrepreneurs of AACNC, 2) developing a questionnaire from interview data by using content analysis, all items in the questionnaire were ranked the level important of each question, and 3) the data from the questionnaire were analyzed by median and

interquartile range and then a new version of questionnaire was developed for confirmation by prior experts. The data were analyzed again by using median and interquartile range to summarize the competency of nurse entrepreneurs of AACNC.

The results showed the competencies of Aob Aoon Community Nursing clinic consisted of 7 aspects as follows: 1) Nursing service including of 4 sub-competencies, 2) Business management including of 3 sub-competencies, 3) Clinical safety and risk management including of 4 sub-competencies, 4) Service quality improvement including of 4 sub-competencies, 5) Medical supply storage system preparation including of 2 sub-competencies, 6) Legal competency including of 4 sub-competencies, and 7) Communication including of 4 sub-competencies

Keyword: Competencies of Nurse, Nurse Entrepreneurs, Aob Aoon Community Nursing clinic, EDFR technique

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพ มีบทบาทความรับผิดชอบและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เช่น การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกัน การให้บริการของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นยังมีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจาก 1) จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแต่ละแห่งมี 1-2 คน จึงเป็นข้อจำกัดด้านกำลังคนเป็นเหตุให้พยาบาลในหน่วยงานดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติงานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการบริการในเชิงรุกให้กับชุมชนได้มากเท่าที่ควร¹ และ 2) จากสภาพการจ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวทำให้ไม่ได้รับสวัสดิการเหมือนข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขเป็นเหตุทำให้พยาบาลมีการย้ายไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น² รวมถึงการผันบทบาทของพยาบาลวิชาชีพสู่การเป็นพยาบาลเจ้าของกิจการโดยเฉพาะการเปิดดำเนินการคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ดำเนินการภายใต้การดูแลของสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะเป็นผู้กำกับดูแลให้สถานพยาบาลได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540³ ซึ่งในปัจจุบันมีพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เปิดให้บริการทั่วประเทศจำนวนกว่า 5,000 แห่ง

ให้บริการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในลักษณะเชิงรับอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์น่าจะได้มีส่วนร่วมในการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลจึงเสนอต่อคณะกรรมการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมเรียกว่า “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้บริการในการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังโดยในระยะที่หนึ่งดำเนินการนำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 5 คลินิกซึ่งดำเนินการอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทำให้เกิดลักษณะของการบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงชุมชน ทั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในลักษณะของการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องโดยผู้ป่วยที่มาใช้บริการไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ซึ่งการจะบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ พยาบาลผู้ประกอบการจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะและความสามารถในการให้บริการทางคลินิกและการบริหารจัดการคลินิกซึ่งถือเป็นความท้าทายใหม่ของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติงานในคลินิกพยาบาลเดิมที่ให้บริการเชิงรับเพียงอย่างเดียว⁴

อย่างไรก็ตามจากการรายงานติดตามกำกับและประเมินผลการทำงานของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น⁵ พบว่าส่วนใหญ่ในการดำเนินงานในระยะที่ 1 ยังเป็นเพียงการให้

บริการที่คลินิกส่วนการให้บริการในชุมชนยังพบปัญหาว่า พยาบาลกลุ่มนี้ต้องอาศัยการประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองเพื่อการออกเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง การติดตามอาการผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลกลุ่มนี้ต้องการพัฒนาสมรรถนะทั้งในด้านการประสานงานกับเครือข่ายบริการ การให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงในด้านการบริหารจัดการคลินิก การจัดการความเสี่ยง การใช้ระบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและแม้ว่าสภาการพยาบาลได้มีการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพให้กับพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นแล้วในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน แต่ในการทำงานจริงของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังต้องใช้สมรรถนะอื่นๆในการให้บริการพยาบาลควบคู่กับการบริหารจัดการธุรกิจเพื่อให้การดำเนินคลินิกของตนเองอยู่รอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการพยาบาลอิสระไว้เพียง 1 เรื่อง ซึ่งบางด้านที่มีความซ้ำซ้อนกัน และผลการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเมื่อ 15 ปีที่แล้วเป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ประกอบการฯ ด้านเดียว ซึ่งอาจจะไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้ เนื่องจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เปิดให้บริการคนในชุมชน ให้บริการผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ให้การป้องกันและส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการให้บริการประชาชนทั่วไปที่มีความประสงค์มาใช้บริการของคลินิก เช่นเดียวกับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่เรียกว่า ไกล่บ้าน ไกล่ใจ คือ บริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อถือ ยอมรับ และพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDRF¹ ซึ่งลักษณะของการศึกษาวิจัยเชิงอนาคตนี้จะมี 2 รูปแบบคือ 1) การศึกษาในอนาคต 5-10 ปีข้างหน้า เพื่อดูทิศทางและแนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และ2) การศึกษาในปัจจุบัน ยังไม่มีความชัดเจน จึงต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะดังกล่าว เพื่อให้เกิดความชัดเจนในปัจจุบัน และเพื่อให้บริการผู้ป่วย

อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คำถามการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาโดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDRF1 เพื่อดูทิศทางและแนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต จึงต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะดังกล่าวร่วมกับการทบทวนแนวคิดที่ระบุสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการพยาบาลทั้งสมรรถนะทางด้านการพยาบาล และสมรรถนะการบริหารจัดการธุรกิจของพยาบาลผู้ประกอบการ โดยศึกษาจากนักวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{3,13,18} ซึ่งมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็นฉันทามติ เพื่อนำมาสรุปเป็นสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิค EDRF โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานวิจัย ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และจากการบอกต่อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) จำนวน 18 คน โดยแบ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็น 4 กลุ่ม และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 6 คน คุณสมบัติ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ มีวุฒิ

การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 2) เปิดดำเนินการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มาอย่างน้อย 1 ปี

2. กลุ่มคณะทำงานโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 5 คน คุณสมบัติคือ 1) จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปในสาขาพยาบาลศาสตร์ หรือสาขาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2) เป็นคณะทำงานในโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3. กลุ่มนักวิชาการด้านสุขภาพจำนวน 4 คน คุณสมบัติคือ 1) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปในสาขาพยาบาลศาสตร์ หรือสาขาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2) เป็นผู้มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาล หรือมีประสบการณ์ตรงในการประกอบธุรกิจสุขภาพ มากกว่า 5 ปี

4. กลุ่มนักกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน คุณสมบัติดังนี้ 1) จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์หรือระดับปริญญาตรี สาขานิติศาสตร์ 2) เป็นที่ปรึกษา/มีประสบการณ์ตรงในการทำงานด้านการกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล และการบริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เปิดดำเนินการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในปัจจุบัน ควรมีสมรรถนะอย่างไรบ้าง และ 2) สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการควรมีรายการสมรรถนะย่อยอย่างไรบ้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นแต่ละด้านที่ได้จากการสัมภาษณ์ รอบที่ 1 ลักษณะข้อคำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ท่านมีความเห็นว่สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการนั้นมีความสำคัญดังกล่าวมากที่สุด-น้อยที่สุด และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 68 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความเหมาะสม และความสำคัญของสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ลักษณะ

ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถามที่วิเคราะห์ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน และคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนที่ได้ให้ความคิดเห็นในแบบสอบถามรอบที่ 2 ด้วยเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 68 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง โดยแบ่งอยู่ในกระบวนการวิจัยซึ่งความตรงตามเนื้อหาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญปรับแก้ไขสำนวนภาษาในแบบสอบถาม ซึ่งเสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาควบคู่ไปกับการตอบแบบสอบถาม ส่วนความเที่ยงของเครื่องมืออยู่กับการให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายๆ รอบ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงสูง⁶

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอขอจริยธรรมและได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (122.1/64 ลงวันที่ 22 ส.ค. 2564) จากนั้นนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบ โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับและทำลายเทปทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะสรุป นำมาวิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากต้นสังกัดของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อใช้ในการขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้จากการสืบค้นประวัติ หมายเลขโทรศัพท์ หรือ e-mail ของผู้เชี่ยวชาญจากเอกสาร ตำรา บทความ และ website และบางรายสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญคนแรกให้ระบุผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดคนต่อไป

2. นัดหมายผู้เชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญสะดวก แต่เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ในขั้นตอนนี้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกนัดสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 12 คน สัมภาษณ์ผ่าน Zoom Application จำนวน 4 คน สัมภาษณ์แบบ Face to Face จำนวน 1 คนและตอบแบบสัมภาษณ์ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 คน รวมเป็น 18 คน

3. เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมให้ความคิดเห็นอีก 2 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญให้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 13 คน และทางไปรษณีย์พร้อมซองเอกสารเปล่าที่ติดแสตมป์ และปิดผนึกเป็นความลับ จำนวน 5 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญ โดยการสัมภาษณ์รอบที่ 1 จากนั้นนำมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และนำมาจัดกลุ่ม (Category) ให้ได้สมรรถนะที่สำคัญของสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ส่วนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม นำมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในแต่ละข้อคำถามโดยใช้ค่า IR ไม่เกิน 1.5²¹ เป็นข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และการเปลี่ยนแปลงของคำตอบไม่เกินร้อยละ 15²⁰

ตารางที่ 1 สรุปผลการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด	การเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
18 คน	รอบที่ 3	68 ข้อ	7.59

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่า ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน ในการสัมภาษณ์รอบที่ 3 มีจำนวนสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จำนวนทั้งสิ้น 68 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 7.59

ผลการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน แบ่งออกเป็น 7 รายการด้านสมรรถนะ 25 ประเด็นย่อย ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายการสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิก พยาบาลชุมชนอบอุ่น	รายละเอียด
1. สมรรถนะด้านบริการพยาบาล	1.1 ความสามารถในการรักษาเบื้องต้น ได้แก่ สามารถตรวจ วินิจฉัยแยกโรคตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นได้ถูกต้อง 1.2 ความสามารถในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ได้แก่ สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ 1.3 ความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ สามารถให้คำแนะนำการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างเหมาะสม 1.4 ความสามารถในการเข้าถึงชุมชน ได้แก่ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจจากคนในชุมชนได้
2. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการธุรกิจ	2.1 ความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินธุรกิจให้อยู่รอด ได้แก่ สามารถออกแบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

ตารางที่ 2 รายการสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (ต่อ)

สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิก พยาบาลชุมชนอบอุ่น	รายละเอียด
	2.2 ความสามารถทางการตลาดได้แก่ สามารถวิเคราะห์การตลาด การพัฒนาเทคโนโลยีทางการตลาดเช่น การประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อออนไลน์
	2.3 ความสามารถทางการเงินและการบัญชี ได้แก่ สามารถวิเคราะห์ต้นทุน ต่อหน่วยบริการได้ สามารถทำระบบบัญชีรายรับ-รายจ่ายและรายงาน การเงินได้อย่างถูกต้อง
3. สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัย และความเสี่ยงของคลินิก	3.1 ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรืออันตราย ต่อผู้รับบริการ 3.2 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการ ดูแลรักษา 3.3 ความเสี่ยงด้านการร้องเรียนในการให้บริการ และสิทธิผู้ป่วย 3.4 ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ	4.1 สามารถพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ 4.2 สามารถติดต่อประสานงานในการการรับ ส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการดูแล อย่างต่อเนื่อง กับหน่วยบริการเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4.3 สามารถให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ อย่างรวดเร็วและทันที่ 4.4 สามารถนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาสนับสนุนการให้บริการเพื่อช่องทางที่ สะดวกต่อการติดต่อสื่อสาร
5. สมรรถนะด้านการจัดทำระบบจัดเก็บ อุปกรณ์ทางการแพทย์	5.1 สามารถจัดทำสต็อกยาและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกได้อย่างเป็นระบบ 5.2 สามารถจัดเก็บอุปกรณ์ถูกต้องตามหลักปรกาศจากเชื้อ
6. สมรรถนะด้านกฎหมาย	6.1 สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการ ปฏิบัติการพยาบาล 6.2 สามารถบริหารจัดการคลินิกได้ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ 6.3 สามารถให้บริการพยาบาลได้ตามนโยบาย ของระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ 6.4 สามารถจ่ายยาสามัญประจำบ้าน เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ได้ตามข้อกำหนดของ พ.ร.บ.สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และ พ.ร.บ.ยา
7. สมรรถนะด้านการสื่อสาร	7.1 สามารถใช้การสื่อสารสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจในการรับบริการ 7.2 สามารถใช้การสื่อสารสร้างเครือข่ายร่วมให้บริการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง และยั่งยืน 7.3 สามารถใช้วัจนะและอวัจนะภาษาเพื่อให้ผู้รับบริการแต่ละรายได้เข้าใจ เนื้อหาที่สื่อสารได้อย่างถูกต้อง 7.4 สามารถสื่อสารเพื่อเจรจาต่อรองและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) ด้านบริการพยาบาล ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 3 ข้อ 3) ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคลินิก ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 5) ด้านการจัดทำระบบจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 2 ข้อ 6) ด้านกฎหมาย ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 7) ด้านการสื่อสาร ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านบริการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านบริการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการรักษาเบื้องต้น 2) ความสามารถในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ 3) ความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพ และ 4) ความสามารถในการเข้าถึงชุมชน เนื่องจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เปิดดำเนินสถานพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลแก่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ โดยผู้มารับบริการจะได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขอบเขตวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁸ และตามที่ สปสช. กำหนด⁹ ดังนั้นพยาบาลผู้ประกอบการซึ่งถือเป็นผู้เชี่ยวชาญในคลินิกจำเป็นต้องมีความสามารถในการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยแยกโรค และให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้ถูกต้อง รวมถึงการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และเนื่องจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้องให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดย สปสช. ให้ความสำคัญกับการให้บริการเชิงรุก กล่าวคือ พยาบาลกลุ่มนี้ต้องเข้าไปให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นหากพยาบาลมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นหรือสื่อสารด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจในการรับบริการดูแลสุขภาพของพยาบาลมากขึ้น¹⁰

2. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการธุรกิจ

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินธุรกิจให้อยู่รอด 2) ความสามารถทางการเงินและการบัญชี

เนื่องจากปัจจุบันการเปิดดำเนินการสถานพยาบาลส่วนบุคคลมีการแข่งขันของธุรกิจสุขภาพสูงขึ้น พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำเป็นต้องมีความรู้ด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ควบคู่ไปกับการให้บริการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลกลุ่มนี้จึงต้องมีความสามารถวิเคราะห์และจัดบริการที่ตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ สามารถวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการ การลงทุนเพื่อขยายกิจการ สามารถติดตามตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ และสามารถบริหารจัดการรายได้ รายจ่ายของสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ¹¹ พบว่า การที่พยาบาลผู้ประกอบการอิสระไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจสุขภาพเนื่องจากมีข้อจำกัดความรู้เชิงธุรกิจ ทั้งทางด้านการเงินการบัญชี และการขาดการยอมรับของประชาชน แต่อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพและการให้บริการที่ดีของพยาบาลจะสามารถทำให้ประชาชนให้ความไว้วางใจและทำให้ธุรกิจประสบความสำเร็จได้

3. สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคลินิก

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคลินิกประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลต่อสุขภาพหรืออันตรายต่อผู้รับบริการ 2) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลรักษา 3) ความเสี่ยงด้านการร้องเรียนในการให้บริการ 4) ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การใช้สื่อออนไลน์ในการประชาสัมพันธ์ การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลและเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการจาก สปสช. การบันทึกสถิติการรักษา เนื่องจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้บริการทางด้านสุขภาพภายใต้ของเขตวิชาชีพการพยาบาล⁴ โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญของการให้การพยาบาลคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ พยาบาลกลุ่มดังกล่าวจึงต้องมีความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่อาจขึ้นกับผู้รับบริการ ความสามารถในการจัดระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในคลินิกพยาบาล เพื่อช่วยป้องกันและควบคุมปัญหาความเสี่ยงด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน¹² ดังนั้นพยาบาลผู้ประกอบการจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์หาความเสี่ยงในการดำเนินการรวมทั้งสามารถวางแผนในการจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ

เหล่านั้น เพื่อเปลี่ยนความเสี่ยงให้เป็นโอกาสหรือทำให้ความเสี่ยงเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้¹²

4. สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วย 1) สามารถพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ 2) สามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) สามารถให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง และ 4) สามารถนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาสนับสนุนการให้บริการ เช่น ในด้านการสื่อสารควมมีช่องทางการติดต่อสื่อสารหลายช่องทางที่สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และหากคลินิกพยาบาลมีหน่วยเครือข่าย เช่น คลินิกแพทย์ ร้านขายยา ก็จะอำนวยความสะดวกในการรับบริการ เพราะคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการกับการบริการที่ได้รับจริง หากบริการที่ได้รับจริงสูงกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังจะถือว่าการบริการนั้นมีคุณภาพ¹⁴

5. สมรรถนะด้านการจัดหาระบบจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการจัดหาระบบจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) สามารถจัดทำสต็อกยาและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกได้อย่างเป็นระบบ และ 2) สามารถจัดเก็บอุปกรณ์ถูกต้องตามหลักปราชญ์จากเชื้อเนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ดังนั้น ก่อนนำอุปกรณ์ทางการแพทย์แต่ละประเภทมาใช้กับผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องมั่นใจว่าอุปกรณ์เหล่านั้นได้รับการทำความสะอาด การทำลายเชื้อหรือการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น¹⁵ ดังนั้นพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาด การทำลายให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม รวมถึงการตรวจความพร้อมในการใช้งานของอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์ต่างๆ การปฏิบัติดังนี้จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาลในการควบคุมมาตรฐานความปลอดภัยของผู้รับบริการจากการนำอุปกรณ์การแพทย์มา

ใช้ในการให้บริการ

6. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม ประกอบด้วย 1) สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล 2) ความสามารถบริหารจัดการคลินิกได้ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ ต่อสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ในปัจจุบัน 3) สามารถให้บริการพยาบาลได้ตามนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 4) สามารถจ่ายยาสามัญประจำบ้านเพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ได้ตามข้อกำหนดของ พ.ร.บ. สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และ พ.ร.บ.ยา เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เปิดดำเนินการภายใต้กฎหมายสถานพยาบาล กฎหมายวิชาชีพพยาบาล และการผดุงครรภ์⁵ อีกทั้งได้ทำสัญญาขึ้นทะเบียนกับ สปสช. เป็นเครือข่ายหน่วยร่วมบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในขอบเขตและกิจกรรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้⁶ ดังนั้นพยาบาลผู้ประกอบการจึงต้องให้ความสำคัญกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อที่จะส่งเสริมให้การดำเนินกิจการของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นดำเนินการไปได้ด้วยดี ซึ่งการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับบริการ การบริการที่ไม่เป็นไปตามกฎหมายจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้¹⁶

7. สมรรถนะด้านการสื่อสาร

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย 1) สามารถใช้การสื่อสารสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการรับบริการ 2) สามารถใช้การสื่อสารสร้างเครือข่ายร่วมให้บริการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน 3) สามารถใช้วัจนและอวัจนภาษาเพื่อให้ผู้รับบริการแต่ละรายได้เข้าใจเนื้อหาที่สื่อสารได้อย่างถูกต้อง และ 4) สามารถสื่อสารเพื่อเจรจาต่อรองและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนผู้มารับบริการ จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจจากผู้รับบริการ ดังนั้นการสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญของผู้ประกอบการที่จะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ เพื่อที่จะทราบถึงปัญหา และความต้องการของ

ผู้รับบริการ และสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ ทำให้การดำเนินกิจการสามารถประสบความสำเร็จได้¹⁷

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับสภาการพยาบาลในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อให้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการสุขภาพในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

2. สมรรถนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการสร้างเป็นเครื่องมือเพื่อเป็นเกณฑ์สำหรับวัดสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ดังนั้นควรมีการศึกษาบทบาทของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น หรือควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อไป

References

1. Chanhom S. et al. Roles and responsibilities of nurses in driving the system. Primary healthservices. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019. (in Thai)
2. Health Systems Research Institute. Strategic Plan: Health Systems Research Institute. Bangkok. 2017. (in Thai)
3. Hong S. New nurse entrepreneur: Reflection and guidance. Nurse Leader. 2017; 15(5), 352-6.
4. Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Nursing Council on Nursing and Midwifery Standards at the primary level: Government Gazette dated 4 August. 2005.
5. Nursing and Midwifery Council. Report of a project to monitor, supervise and evaluate nursing and midwifery clinics that are co-service units in the National Health Security System. Bangkok: Council of Nursing. 2020. (in Thai)
6. Poolpatarachewin J. Futures Research. Journal of Research methodology. 1996;1,22-4. (in Thai)
7. Prachusilpa S. Ethical Principles of Research Involving Human Subjects. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University. 2006; 56-67. (in Thai)
8. Nursing and Midwifery Council. Newsletter of the Nursing Council. January-February. 2020.
9. National Health Security Office. Guidelines for the operation of health promotion and disease prevention services Bangkok area, Bangkok: Office National Health Insurance. 2019. (in Thai)
10. Parasuraman A, Zeithaml V, & Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. 1988; 64 (1): 12-40.
11. Elango B, Hunter G, & Winchell M. Barriers to nurse entrepreneurship: A study of the process model of entrepreneurship Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2017; 19 (4): 198-204.
12. Chantanasant P, Phanthusart N, Manesri S. Clinical Risk Management of Registered Nurses. Journal of Nursing Science & Health. 35 (3) 2012. (in Thai)
13. Zagury A & Carolyn S. Nurse Entrepreneur: Building the bridge of opportunity. New Jersey: Vista. 2001.
14. Parasuraman A, Zeithaml A, & Berry. A conceptual model of service quality and its implication for future research. Journal of Market. 1985; 49 (4): 41-5.

15. Shuman E, & Chenoweth E. Reuse of medical devices: implications for infection control [Abstract]. Infectious Disease Clinics North America. 2012; 26(1): 165-72.
16. Pongphanpisan P. Law and the practice of nursing. Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2000; 16(1): 18-33. (in Thai)
17. Rainer S, & Papp E. The Self Employed occupational and environmental health nurse: Maximizing business success by managing financial resource. Journal of the American Association of Occupational Health Nurse. 2000; 48:185-94
18. Raaysongnern K. & Choonhapran P. A Factor Analysis of Competencies of Nurse Entrepreneurs. The Thai Journal of Nursing Council. 2005; 20(1): 17-32. (in Thai)
19. Chaleoykitti S, Kamprow P, Promdet S. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15 (2): 66-70. (in Thai)
20. Linstone, H. A., & Turoff, M. The Delphi method: Technique and application. Massachusetts: Addison-Wesley. 1975
21. Kanchanawasee S. Modern test theories. 4th Edition (Revised Edition). Bangkok: Faculty of Education, Chulalongkorn University, 2012. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก

The Effectiveness of Childbirth Preparation Program on Self-Efficacy in Pain Coping, Pain Level, and Pain Coping Behavior in the First Stage of Labor among the First Time Mothers

สุกัญญา บังเมฆ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง* วรณา พาหุวัฒน์กร
Sukanya Bungmek Piyanun Limruangrong* Wanna Phahuwatanakorn
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 53 ราย เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 27 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติพีชเชอร์ และสถิติแมน-วิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการศึกษาเสนอแนะว่า ควรนำไปพัฒนานวัตกรรมโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตร เพื่อช่วยลดภาระงานของพยาบาลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เช่น สร้างเป็นแอปพลิเคชันหรือออกแบบเป็นคิวอาร์โค้ด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด, การรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, มารดาที่คลอดบุตรคนแรก

Abstract

This study was based on a quasi-experimental research design aimed at studying the effectiveness of childbirth preparation program on self-efficacy in pain coping, pain level, and pain coping behavior in the first stage of labor among the first time mothers. The sample was 53 primiparous women who came to use services at the antenatal care department, Rachapiphat Hospital. They were divided into the control group with 26 subjects and the experimental group with 27 subjects. The control group received routine care only while the experimental group received the childbirth preparation program and routine care. Data were collected by using the Demographic Data Questionnaire, the Childbirth Data Recording Form, the Childbirth Self-Efficacy Inventory Questionnaire, the Visual Analogue Scale, and the Pain Coping Behavior Observation Form. Data were analyzed by using descriptive statistics, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U Test.

According to the findings, the experimental group had higher self-efficacy in pain coping, lower pain levels during labor, and better pain coping behavior than the control group with statistical significance ($p < .001$). Based on the findings, the researcher offers the following recommendations: It should be used to develop innovative childbirth preparation programs to enhance self-efficacy in pain coping among maternity. To help reduce the workload of nurses during COVID-19, such as building an application or designing it as a QR code.

Keywords: Childbirth Preparation Program, Self-Efficacy in Pain Coping, Pain Coping Behavior, First Time Mothers

บทนำ

การคลอด เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มดลูกมีการบีบรัดตัวซึ่งมีความแรงและความถี่สม่ำเสมอเพียงพอเพื่อให้ปากมดลูกเปิดขยายให้ทารกเคลื่อนผ่านออกมาได้ การคลอดปกติจะเริ่มตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงทารกคลอด ซึ่งครรภ์แรกมักจะเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง¹ ในระยะคลอดมักพบว่ามารดาต้องเผชิญกับความกลัว ความเครียด และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการคลอด² โดยเหตุการณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกิดในระยะที่หนึ่งของการคลอด ซึ่งประกอบด้วยระยะแฝงและระยะก้าวหน้าซึ่งใช้ระยะเวลา ยาวนานกว่าระยะอื่น ๆ มารดาที่คลอดบุตรคนแรกใช้เวลาในระยะแฝงประมาณ 20 ชั่วโมง และระยะก้าวหน้าประมาณ 4.9 ชั่วโมง³ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกเกิดความกลัว ความเครียดในระดับสูงจะส่งผลให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม⁴ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเองขณะคลอดได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System-SNS) ให้หลั่งแคทีโกลามีน (Catecholamine) มากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน มีผลให้ความก้าวหน้าของ

การคลอดล่าช้า เกิดการคลอดที่ยาวนาน และระบบประสาทซิมพาเทติกยังทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงระบบต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ส่งผลให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นผิดปกติ และทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ (Hypoxia)⁵

มารดาที่คลอดบุตรคนแรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด เกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้เกิดการรับรู้ที่กลัวมากยิ่งขึ้น⁶ เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวสถานที่คลอด กลัวบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น⁷ ซึ่งความกลัวและความเครียดเหล่านี้จะส่งผลให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรต่ำ ทำให้รับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น และส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น เอะอะโวยวาย ร้องไห้เสียงดังและร้องขอผ่าตัดคลอด ทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี²

ดังนั้นหากต้องการช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดีและมีการรับรู้ระดับ

ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดลดลง ควรให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ได้มีการเตรียมตัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และอีกปัจจัยที่ช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกลดความกลัว ความเครียด และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดได้ดีคือ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือความมั่นใจในตนเองที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดได้ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy)⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดและการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของมารดาครรภ์แรกพบว่า การสอนส่วนใหญ่ใช้สื่อการสอนเป็นคู่มือแผ่นพับ ภาพพลิก เพาเวอร์พอยต์ และการสอนผ่านคอมพิวเตอร์ช่วยสอน แต่ไม่พบการกระตุ้นและติดตามการฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การให้ความรู้ด้วยแผ่นพับแจกให้อ่านที่บ้านมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเห็นภาพเคลื่อนไหว⁹ และมารดาที่คลอดบุตรคนแรกบางคนก็ไม่สะดวกในการพกพาคู่มือ นอกจากนี้การฉายวิดีโอทัศน์ การสอนผ่านสไลด์หรือเพาเวอร์พอยต์และการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีข้อจำกัดคือ ต้องใช้อุปกรณ์ในการฉาย และบางสื่อก็มีความยาวต่อเนื่องกัน ไม่สามารถเลือกดูบางเรื่องที่น่าสนใจได้ และบางโปรแกรมการสอนไม่มีคู่มือให้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่หน่วยฝากครรภ์เพียงครั้งเดียวอาจทำให้ไม่สามารถจำรายละเอียดและวิธีการต่าง ๆ ได้หมด เพราะระยะเวลาการฝึกมีจำกัด และหากมาแก้ไขการปฏิบัติที่ผิดวิธีในวันที่มาคลอดมารดาที่คลอดบุตรอาจไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพราะเคยชินกับการฝึกปฏิบัติที่ผิดวิธีมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยสร้างไว้ในยูทูปและเผยแพร่ในเว็บไซต์ ปัจจุบันมีการใช้โทรศัพท์มือถือเข้าอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลความรู้ทางเว็บไซต์เพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทยสำรวจพบว่ามีการใช้โทรศัพท์มือถือ 6 ปีขึ้นไปใช้อินเทอร์เน็ตประมาณร้อยละ 85.27 และใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.69¹⁰ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์บางคนศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ผ่านโทรศัพท์มือถือ และสามารถนำมาทบทวนในขณะที่อยู่บ้านได้ตลอดเวลา¹¹ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการใช้โทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเป็นที่นิยมมากและง่ายต่อการใช้งาน ดังนั้นจึงควรนำโทรศัพท์มือถือมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการใช้เป็นสื่อการสอนให้ความรู้แก่มารดาที่คลอดบุตรคนแรก หรือเป็นคู่มือในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยสร้างเว็บไซต์เชื่อมต่อยูทูปที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการคลอด เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรกที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยทำการสอนและสาธิตเพื่อให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรก ฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดตาม และให้บันทึกการฝึกลงใน google form ซึ่งเป็นสื่อการสอนและคู่มือให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้าน และผู้วิจัยจะติดตามกระตุ้น สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับมารดาที่คลอดบุตรคนแรกทางไลน์และโทรศัพท์มือถือ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรกระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

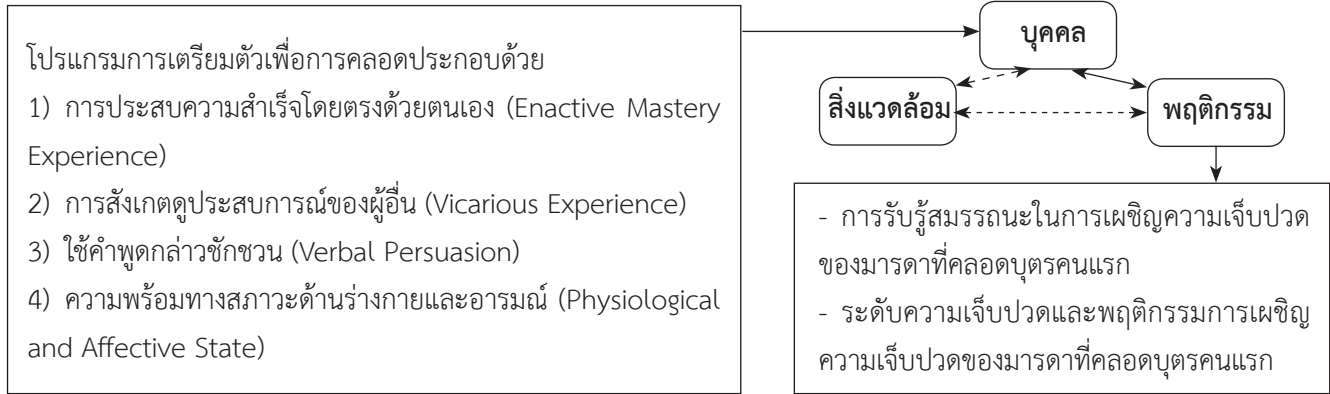
1. มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy)⁸ แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการ

เรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่ง Bandura นิยามว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คือการที่บุคคล ตัดสินความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรม ในสิ่งที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ และการที่บุคคลจะตัดสินใจในการ แสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะ

ของตนเอง ซึ่ง Bandura มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรา ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสิ่งแวดลอมเพียง อย่างเดียวแต่ยังมีผลจากตัวบุคคลด้วย ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่ กำหนดซึ่งกันและกัน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์ การคัดเข้าดังนี้ สตรีตั้งครรภ์แรกอายุ ≥ 18 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ตั้งใจจะคลอดที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และสามารถฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้ ขณะดำเนินการวิจัยหาก สตรีตั้งครรภ์มีภาวะดังต่อไปนี้ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมงานวิจัยทันที คือ มีอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์เมื่อรับเข้าสู่ห้องคลอด เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้งที่แผนกฝากครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด และได้รับยาเร่งคลอด

เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 5 ส่วนคือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด 2) เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรกที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด 3) การสอนและสาธิตวิธีบรรเทาความเจ็บปวด

ระยะเจ็บครรภ์คลอด 4) การสอนวิธีการบันทึกในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด 5) การติดตามทางไลน์ และการกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างคลิปปวีดิทัศน์ในยูทูปเพื่อเชื่อมต่อกับเว็บไซต์และสร้างคิวอาร์โค้ดและ URL โหลดลงในโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้เป็นสื่อการสอน

2. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นในรูปแบบของ google form ซึ่งอยู่ในเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกและส่งกลับให้ผู้วิจัย แบบบันทึกประกอบด้วย เวลาเริ่มและเวลาที่ฝึกปฏิบัติเสร็จ และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อติดตามและกระตุ้นการฝึกปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ วันที่และเวลาเจ็บครรภ์จริง วันที่และเวลารับไว้ในโรงพยาบาล ผลของการตรวจภายในเมื่อแรกรับคະແນน

ความเจ็บปวดเมื่อแรกเริ่ม วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่เลือกใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ชนิดของการคลอด ระยะเวลาของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนนแอฟการของการทารกแรกเกิด

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด¹² ซึ่งประกอบด้วยการวัด 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 วัดความคาดหวังผลลัพธ์ของพฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และตอนที่ 2 คือ วัดความมั่นใจในตนเองในการกระทำพฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ที่แปลภาษามาจากแบบวัดความคาดหวังผลลัพธ์และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด (Childbirth Self-Efficacy Inventory: CBSEI)¹³ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตอนที่ 2 มาใช้ เนื่องจากสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามมีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-10 คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 16-160 คะแนน การแปลผลคะแนนที่มีค่าสูงแสดงถึงความรู้สึกมีความมั่นใจมากที่สุดที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และคะแนนต่ำแสดงถึงความรู้สึกมีความมั่นใจเล็กน้อยที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

4. แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด¹⁴ ซึ่งนำเครื่องมือไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 50 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญภาวะเครียดในการคลอด¹⁵ แปลมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญภาวะเครียด ในระยะคลอดของ Sturrock (Sturrock Labor Coping Scale) มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการออกเสียง 2) ด้านคำพูด 3) ด้านการแสดงออกทางสีหน้า 4) ด้านการควบคุมการหายใจ และ 5) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วงคะแนน คือ 0, 1 และ 2 คะแนนรวมทั้งชุดอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนนที่มีค่ามากแสดงถึงการมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดต่อการคลอดได้ดี สามารถควบคุมตนเองได้ดี และคะแนนน้อยแสดงถึงการมีพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดต่อการคลอดได้ไม่ดี

หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้

5. แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale; VAS) ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย¹⁶ ซึ่งแปลมาจาก Visual Analogue Scale ของ Turk and Melzack มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยจุดซ้ายมือสุดหมายถึงไม่เจ็บปวดเลย และจุดขวามือสุดหมายถึงเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการทำเครื่องหมายขีดทับแถบบนเส้นตรง แล้วจึงวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นถึงจุดที่กากบาท หน่วยเป็นเซนติเมตร โดยให้คะแนนตามที่วัดได้คือ 0-10 การแปลผลคะแนนที่มีค่ามากที่สุด 10 คะแนนแสดงถึงการมีความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ และคะแนนน้อยที่สุด 0 คะแนนแสดงถึงการไม่มีความเจ็บปวดเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน พบว่า มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด และเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเท่ากับ 1, 1 และ .97 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาทดลองใช้กับมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 2-3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกตโดยนำแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้พยาบาลประจำการในห้องคลอดที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปี ขึ้นไป โดยใช้สถิติ Intraclass-Correlation นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ส่วนแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตาเป็นแบบประเมินที่เป็นสากลมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ COA No. IRB-NS 2019/28.2706 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เลขที่ COA U019h/62 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564 ข้อมูลจากการร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้หมายเลขรหัสที่ผู้วิจัยกำหนดแทนการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะถูกนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จจนครบ 27 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 27 รายเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือ แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง และห้องคลอด 1 ครั้ง โดยใช้ช่วงเวลาหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการและเข้าพบแพทย์แล้ว กลุ่มควบคุมผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์สีฟ้าที่มีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และหมายเลขรหัส C01-C27 ไว้ที่สมุดฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์สีชมพูที่มีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และหมายเลขรหัส E01-E27 และวิธีการใช้เว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดพร้อมกับควอาร์โค้ดสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างโหลดโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดไปใช้ติดไว้ที่สมุดฝากครรภ์ โดยมีขั้นตอนการศึกษาในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์จัดกิจกรรมการสอนเป็นกลุ่มประมาณกลุ่มละ 10-20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มควบคุมในการตอบแบบสอบถามส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจำนวน 16 ข้อ (10 นาที) ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มควบคุม ในการตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจำนวน 16 ข้อ (5 นาที) ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ที่ห้องคลอดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดและ

ประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ปากมดลูกเปิด ≤ 3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2) ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และ ครั้งที่ 3) ปากมดลูกเปิด ≥ 8 เซนติเมตร โดยแต่ละครั้งเริ่มประเมินตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวจนมดลูกคลายตัวแล้วบันทึกผลการสังเกตทันที

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ทำกิจกรรมเป็นกลุ่มประมาณกลุ่มละ 2-5 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แผนกฝากครรภ์และพยาบาลห้องคลอดร่วมกับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจากผู้วิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด (10 นาที) ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและให้กลุ่มทดลองโหลดเว็บไซต์ลงในโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้และสอนวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดลงใน google form และตอบข้อซักถาม (5 นาที) หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มทดลองชมคลิปยูทูบในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ 3 เรื่องดังต่อไปนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (5 นาที) 2. เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรก ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด (10 นาที) 3. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดระยะเจ็บครรภ์คลอด คือ การบริหารลมหายใจร่วมกับการลูบหน้าท้อง ผู้วิจัยบรรยายเรื่องการจัดท่าศีรษะสูงและการผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกายและให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติ (15 นาที) หลังจากกลุ่มทดลองลงบันทึกใน google form ผู้วิจัยส่งข้อมูลย้อนกลับให้กลุ่มทดลองเห็นข้อมูลและความถี่ในการฝึกปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์ และกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติผ่านโทรศัพท์มือถือทุกสัปดาห์หรือกรณีไม่พบการฝึกปฏิบัติ (5 นาที) ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ผู้วิจัยจัดกิจกรรม เน้นย้ำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้มากขึ้น โดยการทบทวนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดระยะเจ็บครรภ์คลอดจากคลิปยูทูบในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ (10-15 นาที) ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด (5 นาที) หลังจากกลุ่มทดลองบันทึกใน google form ผู้วิจัยส่งข้อมูลย้อนกลับ ให้กลุ่มทดลองเห็นข้อมูลและความถี่ในการฝึกปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์และกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติผ่านโทรศัพท์

มือถือทุกสัปดาห์หรือกรณีไม่พบการฝึกปฏิบัติ (5 นาที) ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ที่ห้องคลอดกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกทบทวนวิธีบรรเทา ความเจ็บปวด (10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมิน ความเจ็บปวดและประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ของมารดาที่คลอดบุตรในระยะที่หนึ่งของการคลอด จำนวน 3 ครั้ง ตามการเปิดช่องปากมดลูก คือ ครั้งที่ 1) ≤ 3 เซนติเมตรครั้งที่ 2) 4-7 เซนติเมตร และครั้งที่ 3) ≥ 8 เซนติเมตร

โดยแต่ละครั้งเริ่มประเมินตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวจนมดลูก คลายตัวแล้วบันทึกผลการสังเกตทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Fisher's exact test และเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญ ความเจ็บปวดก่อนและหลังทำการทดลอง คะแนนความเจ็บปวด และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่ง ของการคลอดด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการรับรู้สมรรถนะ ในการเผชิญความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney U Test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	46.70	8.45	42.96	12.57	-1.390	.167
หลังการทดลอง	78.67	2.53	40.04	9.79	-6.379	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .167 ($p > .05$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญ ความเจ็บปวดหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney U Test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความเจ็บปวด						
latent phase	2.19	1.18	6.27	1.56	-6.251	<.001***
active phase	5.37	.84	9.46	.81	-6.424	<.001***
transitional phase	8.56	.85	9.88	.33	-5.783	<.001***
ระยะที่หนึ่งของการคลอด	5.37	.62	8.53	.69	-6.266	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 2 คะแนนความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney U Test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด						
latent phase	9.85	.60	5.23	1.45	-6.503	<.001***
active phase	8.63	1.52	.92	1.38	-6.395	<.001***
transitional phase	6.04	.59	.15	.37	-6.627	<.001***
ระยะที่หนึ่งของการคลอด	8.17	.67	2.10	.90	-6.303	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้ จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy) ช่วยทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรได้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยการสร้างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ โดยใช้แหล่งกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 4 แหล่ง⁹ โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง คือ แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง และห้องคลอด 1 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองที่มีอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ได้เรียนรู้เพื่อให้เกิดการประสบความสำเร็จโดยตรงด้วยตนเองโดยให้รับชมยูทูบความรู้เกี่ยวกับการคลอดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ให้กลุ่ม

ทดลองฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ และให้กลุ่มทดลองสังเกตดูประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอดของผู้อื่น ผู้วิจัยใช้คำพูดชักชวนให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติทุกวันและแนะนำวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติลงในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดทุกครั้ง หลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติเสร็จ เพื่อส่งข้อมูลการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้วิจัยทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์และติดตามกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ และผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ในครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ที่ห้องคลอด โดยทบทวนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากยูทูบในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งกลุ่มทดลองทุกรายสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติและถูกต้อง ซึ่งกลุ่มทดลองสะท้อนความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่ใช้ง่าย และใช้ได้จริง หลังปฏิบัติแล้วรู้สึกผ่อนคลายขึ้นและความเจ็บปวดลดลง ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น ลดความกลัวและความเครียดลงได้

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนใหญ่ได้ให้ความคิดเห็นว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลแล้วไม่ได้นำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดไปฝึกปฏิบัติเลย มีความกลัวและไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการคลอดได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁷ ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านซอฟต์แวร์ต่อการรับรู้สมรรถนะของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในการเผชิญการคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ

ของตนเองในการคลอดบุตรระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอด ($p<.001$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สามารถอธิบายได้ ดังนี้ มารดาที่คลอดบุตรกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดและได้ฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจนเกิดความชำนาญ จะเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ส่งผลให้ความกลัว ความเครียด และรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ก็จะนำทักษะการบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาใช้ในการควบคุมความเจ็บปวด และหากความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ก็จะมีควมพยายามและมีความอดทนที่จะหาวิธีบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ มาใช้ เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไปได้

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการสอนเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การผ่อนคลายความเจ็บปวดตั้งแต่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเจ็บปวดทุกวัน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจึงสะท้อนความรู้สึกว่าตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ก็รู้สึกวิตกกังวลกลัว และรู้สึกเจ็บปวดมาก ยิ่งใกล้คลอดยิ่งกลัวและเจ็บปวดจนทนไม่ไหว มีความต้องการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ได้ศึกษาผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดในระยะรอคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะรอคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่หลัง

การทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดของทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ดังนั้นมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจึงมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ควรมีการนำเสนอการวิจัยในระดับประเทศเพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่สร้างเป็นเว็บไซต์ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตรคนแรก โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและมีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป นำไปพัฒนานวัตกรรมโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตร เพื่อช่วยลดภาระงานของพยาบาลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เช่น การสร้างเป็นแอปพลิเคชันหรือออกแบบเป็นคิวอาร์โค้ด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

References

1. Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford handbook of midwifery. 3rded. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2017.
2. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BMC Pregnancy and Childbirth 2015;15(29):1-9.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 25thed. New York: Mc Graw-Hill Education; 2018.
4. Sansiriphun N. Fear of Childbirth. Nursing Journal 2013;40 Suppl:S103-S12. (in Thai)
5. Pan PH, Booth JL. The pain of childbirth and effect on the mother and the fetus. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, Kee WDN, Beilin Y, Mhyre J, et al, editors. Chestnut's obstetric anesthesia e-book. 7thed. Chicago: Elsevier Health Sciences; 2022. 422-40.
6. Kittisakchai T, Sansiriphun N, Kantaruksa K. Fear of childbirth in pregnant women and related factors. Nursing Journal 2013;40 Suppl:S12-S21. (in Thai)
7. Khosuk C, Anusornteerakul S. Nursing care to reduce fear of childbirth. Journal of Nursing Science and Health 2017;40(3):160-70. (in Thai)
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. FreeMan and Company; 1997.
9. Sinlatamkij C, Sinlatamkij S, Supaksri P. Effects of labor support program on pain-coping behavior and childbirth experience among primiparous women who received oxytocin. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1):216-25. (in Thai)
10. National Statistical Office. Information and communication technology statistics. 2021. (in Thai)
11. Gao LL, Larsson M, Luo SY. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. Midwifery 2013;29(7):730-5.
12. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. Journal of Advanced Nursing 2011; 67(1):193-203.
13. Lowe NK. Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. Research in Nursing & Health 1993;16(2):146-9.
14. Arayajaru P, Serisathien Y, Yusamran C, Phahuwatanakorn W. Impact of a educating programme on teenage first-time mothers' childbirth anxiety, pain levels and pain-coping behavior. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(3):96-108. (in Thai)
15. Baosoung C. Effects of structured and exposure counseling on reducing anxiety and stress coping behavior during childbirth [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1983. (in Thai)
16. Ittichaikulthol W. Clinical guidance for management of acute postoperative pain management/The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand 2011;1(1):1-58. (in Thai)
17. Rahimparvar SFV, Hamzehkhani M, Geranmayeh M, Rahimi R. Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: A randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2012;286(1):63-70
18. Wadyim N, Ratinthorn A, Phahuwatanakorn W, Kovavisarach E. Impact of music on primigravidae's mental images of pain and pain-coping behaviour during the first stage of labour. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(1):95-107. (in Thai)

อิทธิพลของความเครียด เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิดีนและยาออกซิโทซินต่อระยะเวลาการไหล ของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

Influence of Stress, Time of First Sucking, Gravidity, Type of Cesarean Section,
Pethidine, and Oxytocin to Onset Time of Lactation
in Mothers after Cesarean Delivery

ชนันรัตน์ บุญดี**¹ วรณา พาหุวัฒน์กร¹ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง¹ พลุ่ส จันทร์ประภาพ²

Chananrat Boondee**¹ Wanna Phahuwatanakorn¹ Piyanun Limruangrong¹ Pharuhas Chanprapaph²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

¹Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

²คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

²Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิดีนและยาออกซิโทซินต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดนครนายก จำนวน 101 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการได้รับยา แบบประเมินการไหลของน้ำนม และแบบประเมินความเครียด ST-5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้ ร้อยละ 50.3 ($F = 15.833$, $p < .01$) โดยการได้รับยาเพทิดีน ($B = .554$, $p < .01$) เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก ($B = .600$, $p < .01$) และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($B = -7.465$, $p < .01$) สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ พยาบาลผดุงครรภ์ควรช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่เร็วที่สุดหลังผ่าตัดคลอดโดยเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรกและดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดเท่าที่จำเป็น หรือใช้วิธีการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

คำสำคัญ: ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก, เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก, ยาเพทิดีน, การผ่าตัดคลอด, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) : *E-mail: Wanna.pha@mahidol.ac.th

**นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขารผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This predictive study aimed to study influence of stress, time of first sucking, gravidity, type of cesarean section, pethidine, and oxytocin to onset time of lactation in mothers after cesarean delivery. The subjects were 101 mothers with cesarean section who attended in the postpartum care unit in University Hospital, Bangkok and Tertiary care unit, Nakornnayok. Personal data record form, Drugs used record form, Onset time of lactation record, and Stress Test Questionnaire (ST-5) were used for data collection. The data were analyzed by using descriptive, Pearson's product moment correlation coefficient and Multiple linear regression analysis.

The findings revealed all independent variables together statistically significantly predicted the onset of lactation by 50.3 ($F = 15.833$, $p < .01$) Pethidine ($B = .554$, $p < .01$), time of first sucking ($B = .600$, $p < .01$) and gravidity ($B = -7.465$, $p < .01$) can predicted onset of lactation statistically significantly.

The suggestion from the study are that nurse midwife should initiate breastfeeding immediately after cesarean section especially first time mothers. In addition, drug for pain relief is used as necessary or using nonpharmacological for pain relief method.

Keywords: Onset of lactation, first sucking, Gravidity, Cesarean section, Pethidine

บทนำ

อาหารจากธรรมชาติที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด คือนมแม่ ซึ่งจะช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มีการแนะนำให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำหรืออาหารอื่น ยกเว้นวิตามิน เกลือแร่ และยา เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นสามารถให้นมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยไปจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น¹ ในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมากกว่าประเทศเวียดนาม มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ลาว อินโดนีเซีย และกัมพูชา² จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาของการให้นมแม่อย่างเดียว ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสั้นกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยให้นมแม่อย่างเดียว มารดาที่ผ่าตัดคลอดที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ร้อยละ 71.3 และ 60 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่ามารดาที่คลอดปกติ โดยมีอัตราการให้นมแม่อย่างเดียว ที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ร้อยละ 86.2 และ 72.5 ตามลำดับ³ ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 5.5 ต่อปี⁴ ซึ่งอัตราการผ่าคลอดในประเทศไทยนั้น สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดคลอด มีผลต่อกระบวนการสร้างและการไหลของน้ำนม จึงส่งผลต่อการให้นมแม่หลังคลอด

ตามธรรมชาติสตรีที่ตั้งครรภ์จะมีกระบวนการสร้างและการไหลของน้ำนม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่สำคัญที่สุดคือระยะที่ 2 ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่หลังคลอดครบ 30 นาที จนถึง 72 ชั่วโมง โดยเมื่อรกคลอดจะมีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ซึ่งปริมาณจะขึ้นอยู่กับความถี่ของการดูดนม และระยะเวลาของการกระตุ้นที่หัวนม⁵ ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมแม่ไหลครั้งแรก โดยจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความเครียด เวลาที่เริ่มดูดนมครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิดีนและยาออกซิโตซิน ทั้งนี้ความเครียดของมารดาตั้งแต่ช่วงก่อนคลอด ขณะได้รับการผ่าตัด จนกระทั่งหลังคลอด มีผลต่อระยะเวลาการไหลครั้งแรกของน้ำนมแม่หลังผ่าตัดคลอด ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด^{4,5} โดยเมื่อเกิดความเครียดจะมีการหลั่งของคอร์ติซอล และอัลโดสเตอโรนจากต่อมหมวกไต^{3,7} มีผลไปยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้น้ำนมไหลครั้งแรกช้าลง ซึ่งในระหว่างและหลังผ่าตัดจะทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอลในกระแสเลือดปริมาณมาก^{5,8} นอกจากนี้การระงับความรู้สึกทางไขสันหลังก่อนการผ่าตัดคลอดจะทำให้มีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูง และจะมีความเครียดจากความเจ็บปวด เหนื่อยล้า ทำให้มีการเริ่มไหลของน้ำนมแม่ช้า⁹ ซึ่งปัจจุบันยังมีการศึกษาในประเทศไทยน้อย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอิทธิพลของความเครียด ต่อระยะเวลา

การไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่ามารดาไม่สามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที หรือภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมงหลังคลอด¹⁰ เนื่องจากกระบวนการผ่าตัดคลอดที่ทำให้การช่วยนำบุตรเข้าเต้าดูนมแม่ในห้องผ่าตัดไม่สะดวกเท่าที่ควร และการที่มารดาไม่มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปทำให้การช่วยทารกให้ดูดนมจากเต้าหลังการผ่าตัดทำได้ช้ากว่าปกติ อีกทั้งมีอาการอ่อนเพลียจากการดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้อาการปวดแผลผ่าตัดยังทำให้การเคลื่อนไหวจำกัด ไม่สุขสบายส่งผลต่อท่าอุ้มของมารดาในการให้นม ทำให้การให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง จะเป็นไปได้ยาก จึงทำให้ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกช้าได้^{11,12} ซึ่งมารดาที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้งในรายที่มีการเจ็บครรภ์และไม่เจ็บครรภ์ จะมีการเริ่มไหลของน้ำนมช้า¹³ ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก จึงทำให้ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านเวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมา ศึกษาในครั้งนี้

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยมารดาที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จะมีการพัฒนาของเต้านมมาแล้วทำให้ปริมาณของกระแสเลือดน้ำนมและเซลล์เยื่อเยื่อเต้านมสมบูรณ์มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก¹³ ซึ่งสามารถช่วยกระตุ้นให้ผนังเซลล์ที่อยู่รอบๆ เต้านมน้ำนมบีบตัวมากขึ้น ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีผลต่อระยะเวลาการเริ่มเกิดกระบวนการสร้างและการไหลของน้ำนมในระยะที่ส่อล่าช้า¹⁴ ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงอิทธิพลของจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงทำให้ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

ชนิดของการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอด มีทั้งการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมีความรู้สึกน้ำนมเต็มเต้า ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการแตกต่างกัน¹⁵ แต่มีบางการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดและกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดร่วมกับการเจ็บครรภ์ ไม่มีความแตกต่างของระยะ

เวลาที่น้ำนมเริ่มไหล¹⁶ จะเห็นว่าการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา ยังคงมีความขัดแย้งกัน จึงทำให้ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านชนิดของการผ่าตัดคลอด มาศึกษาถึงการมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดในครั้งนี้

การได้รับยาเพทิดีนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งยาเพทิดีนมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทที่จับกับฮอโมนหรือช่องทางการเข้าออกของฮอโมนออกซิโตซิน และมีผลที่ต่อมได้สมองส่วนหลัง ซึ่งผลเหล่านี้ทำให้เกิดการยับยั้งการหลั่งของฮอโมนออกซิโตซิน ส่งผลต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่^{17,18} มีการศึกษาความสัมพันธ์ในการใช้ยาลดปวดในระยะคลอดกับระยะเวลาของการไหลของน้ำนมล่าช้า พบว่ายาแก้ปวดที่ได้รับและวิธีการคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่น้ำนมไหลครั้งแรก โดยมารดาที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังร่วมกับการได้รับยาแก้ปวดเพื่อการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมีน้ำนมไหลครั้งแรกช้ากว่ามารดาที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดและคลอดปกติทางช่องคลอด¹⁹ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของยาแก้ปวดเพทิดีน ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จึงทำให้ผู้วิจัยนำปัจจัยการได้รับยาเพทิดีนมาศึกษาในครั้งนี้

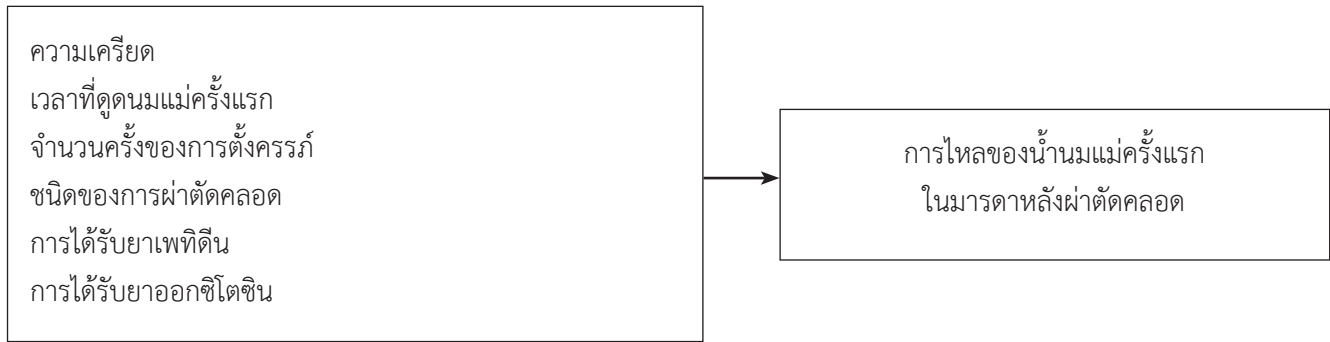
การได้รับยาออกซิโตซิน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยยาออกซิโตซินจะช่วยกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยปริมาณที่ได้รับในแต่ละรายแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการหลั่งของฮอโมนในร่างกาย มีการศึกษาที่รายงานถึงการได้รับยาออกซิโตซินสังเคราะห์จากภายนอกจะไปยับยั้งฮอโมนออกซิโตซินที่หลั่งตามธรรมชาติในร่างกาย²⁰ เนื่องจากยาที่ได้รับจากภายนอกทำให้มีปริมาณยาในกระแสเลือดมาก จึงทำให้ร่างกายมีการผลิตฮอโมนออกซิโตซินตามธรรมชาติน้อยลง และทำให้การตอบสนองต่อการดูดของทารกลดลง²¹ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของยาออกซิโตซิน ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาในครั้งนี้

ดังนั้นการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก โดยปัจจัยความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพทิดีนและยาออกซิโตซิน อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ล่าช้าของมารดาที่ผ่าตัด

คลอดไหลเข้าได้ ซึ่งมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับปัจจัยต่างๆ เหล่านี้แตกต่างกัน จึงได้ศึกษาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอด ช่วยส่งเสริมให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพิ่ดินและยาออกซิโตซินต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครนายก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยการดูแลมารดาหลังคลอดของทั้ง 2 แห่งมีความคล้ายคลึงกัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนครนายก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดเกณฑ์

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพิ่ดินและยาออกซิโตซิน สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการสร้างและไหลของน้ำนมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจะอยู่ในระยะ Lactogenesis II ซึ่งจะเริ่มมีการไหลของน้ำนม ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่หลังคลอดรก 30 นาที จนถึง 72 ชั่วโมง ดังแผนภูมิที่ 1

คัดเข้า โดยมารดามีอายุ 18 ปีขึ้นไป คลอดบุตรครั้งแรกครบกำหนด BMI ปกติ หัวนมปกติ ทารกอมได้ลึกกลานนม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้รับการระบุความรู้สึกทางไขสันหลังสื่อสารภาษาไทยได้ ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 2,500-4,000 กรัม APGAR SCORE นาทีที่ 5 มากกว่า 7 คะแนน ไม่มีความพิการแต่กำเนิด มารดาและทารกอยู่ด้วยกันที่หอผู้ป่วยหลังคลอด เกณฑ์การคัดออก คือ มารดามีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษา เกณฑ์การยุติ คือ มารดามีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ หรือมารดาขอถอนตัวออกจากการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน²² และกำหนดค่า effect size จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเริ่มหลั่งน้ำนม ($r = .395$)²³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์

ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง²⁴ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 101 ราย โดยคำนวณสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากสมุดบันทึกสถิติมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เข้าพักในหอผู้ป่วยหลังคลอดแต่ละโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 เดือน โดยโรงพยาบาลศิริราช มีผู้ใช้บริการจำนวน 194 ราย และโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 34 ราย ทำให้สัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้โรงพยาบาลศิริราช 86 ราย และโรงพยาบาลนครนายก 15 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เป็นแบบบันทึกและแบบประเมิน ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการได้รับยาแก้ปวด ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการได้รับยาออกซิโตซิน ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการไหลของน้ำนม และส่วนที่ 6 แบบประเมินความเครียด ST-5

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยใช้วิธีการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และรายข้อ (item-level CVI) พบว่า แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดเท่ากับ .80 แบบบันทึกการได้รับยาแก้ปวดเท่ากับ .92 แบบบันทึกการได้รับยาออกซิโตซินเท่ากับ .92 แบบบันทึกการไหลของน้ำนมเท่ากับ .91 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดแบบประเมินความเครียด (ST-5) ไปทดสอบหาค่าความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังผ่าตัดคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งชุดเท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA no. Si 702/2019 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครนายก เลขที่ รพ. นย. REC No 05/2564 ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถถอนตัวออกได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ผลการวิจัย

จะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ และพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ หรือ ตัวแปรต่อเนื่อง ตัวแปรอิสระบางตัวมีระดับการวัดเป็น Nominal หรือ Ordinal Scale จะแปลงข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อนนำไปวิเคราะห์ 2. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม 3. ตัวแปรอิสระเป็นอิสระต่อกัน 4. การแจกแจงของตัวแปรตามเป็นโค้งปกติ 5. ค่าของตัวแปรตามมีความแปรปรวนเท่ากัน 6. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ที่ทุกจุดบนเส้นถดถอย มีค่าเท่ากัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร อายุเฉลี่ย 33.49 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.40 มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 44.60 ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี มีรายได้ครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 61.40 เป็นครอบครัวเดี่ยว ข้อมูลด้านสูติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.50 เป็นมารดาครั้งแรก อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 38.56 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ร้อยละ 54.50 ข้อมูลด้านการประเมินความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 3.74 คะแนน ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 65.3 ข้อมูลด้านระยะเวลาที่เริ่มดุนมแม่ พบว่า การเริ่มดุนมแม่ครั้งแรกเร็วที่สุดคือ 2 ชั่วโมง ช้าที่สุดคือ 51.35 ชั่วโมง เฉลี่ย 14.65 ชั่วโมง ข้อมูลด้านระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก พบว่า การไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกเฉลี่ย 58 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอด น้ำนมแม่เริ่มไหลครั้งแรกเร็วที่สุดคือ 10.07 ชั่วโมง และน้ำนมแม่เริ่มไหลครั้งแรกช้าที่สุดคือ 105.45 ชั่วโมง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.70 มีการเริ่มไหลของน้ำนมช้ากว่า 72 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพติดินและยาออกซิโตซินต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก (n = 101)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ความเครียด	1						
2. เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก	.125	1					
3. การได้รับยาเพติดิน	.026	.100	1				
4. การได้รับยาออกซิโตซิน	-.056	.062	.228*	1			
5. จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ	.052	.049	-.174	-.374**	1		
6. ชนิดของการผ่าตัดคลอด	.149	.075	.242*	.262**	.002	1	
7. ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก	.064	.390**	.595**	.236*	-.266**	.120	1

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

จากตารางที่ 1 พบว่า เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก และการได้รับยาเพติดิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p < .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนจำนวนครั้งของการตั้งครุฑ มีความ

สัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01 ซึ่งความเครียด การได้รับยาออกซิโตซิน และชนิดของการผ่าตัดคลอด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ หาอำนาจการทำนายของอิทธิพลระหว่างความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพติดินและยาออกซิโตซินต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก (n = 101)

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	B	SEb.	β	t	p
1. ความเครียด	.243	.701	.026	.346	.730
2. เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก	.600	.130	.343	4.631	.000
3. การได้รับยาเพติดิน	.554	.080	.532	6.905	.000
4. การได้รับยาออกซิโตซิน	.032	.063	.042	.505	.615
5. จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ	-7.465	3.388	-.176	-2.204	.030
6. ชนิดของการผ่าตัดคลอด	-2.058	3.336	-.048	-.617	.539
ค่าคงที่ (Constant)	51.994	6.410		8.111	.000

R = .709, R² = .503, Overall F = 15.833, sig F = .000

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ความเครียด เวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ ชนิดของการผ่าตัดคลอด การได้รับยาเพติดินและยาออกซิโตซิน สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้ร้อยละ 50.3 (F = 15.833, p < .01) โดยเวลาที่ดูนมแม่ครั้งแรก (B = .600, p < .01)

การได้รับยาเพติดิน (B = .554, p < .01) และจำนวนครั้งของการตั้งครุฑ (B = -7.465, p < .01) สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเครียด การได้รับยาออกซิโตซิน และชนิดของการผ่าตัดคลอด สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้ร้อยละ 50.3 ($R^2 = .503$, $p < .01$) และปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับยาเพทิดีน ($B = .554$, $p < .01$) เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก ($B = .600$, $p < .01$) และจำนวนครั้งของการตั้งครภ์ ($B = -7.465$, $p < .01$) ในขณะที่ความเครียด การได้รับยาออกซิโตซิน และชนิดของการผ่าตัดคลอด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

การได้รับยาเพทิดีน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับยาเพทิดีนสามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .554$, $p < .01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเพทิดีนเพิ่มขึ้น 1 มิลลิกรัม จะทำให้ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกเพิ่มขึ้น .554 ชั่วโมง หรือ 33.24 นาที อธิบายได้ว่า การได้รับยาเพทิดีน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .595$, $p < .01$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเพทิดีนปริมาณมากจะมีน้ำนมไหลครั้งแรกช้ากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเพทิดีนในปริมาณน้อยหรือไม่ได้รับยาเพทิดีน เนื่องจากยาเพทิดีน มีผลยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน¹⁵ เมื่อฮอร์โมนออกซิโตซินไม่สามารถหลั่งออกมาได้ ก็จะทำให้ไม่มีการกระตุ้นการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อในเต้านมน้ำนมจึงไม่สามารถไหลออกมา ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อัลตราซาวด์ในระหว่างคลอดกับระยะเวลาของการมาของน้ำนมล่าช้า ในกลุ่มมารดาหลังคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดโดยได้รับยาแก้ปวดมีอัตราการสร้างน้ำนมช้าเมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้รับยาแก้ปวด²⁵

เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรก เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยพบว่า เวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .390$, $p < .01$) และสามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .600$, $p < .01$) หมายความว่า เมื่อทารก

ดูดนมแม่ครั้งแรกช้าลง 1 ชั่วโมง จะทำให้ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกช้าออกไป .60 ชั่วโมง หรือประมาณ 36 นาที กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วขึ้น การไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกจะเร็วกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกช้า จากผลการศึกษาพบว่า เวลาเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วที่สุดคือ 2 ชั่วโมง เนื่องจากการดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะใช้เวลาในการพักฟื้นร่างกายนานกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกช้าที่สุดคือ 51.35 ชั่วโมง โดยเวลาเฉลี่ยที่ทารกเริ่มดูดนมแม่เท่ากับ 14.65 ชั่วโมง อธิบายได้ว่า เมื่อทารกดูดนมแม่จะทำให้มีการกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งมีผลต่อการไหลของน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้การสร้างน้ำนมของมารดาในประเทศจีน¹³ โดยศึกษาในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่ได้เริ่มให้ดูดนมแม่ครั้งแรกช้ากว่า 4 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้เกิดกระบวนการสร้างและการไหลของน้ำนมในระยะที่ 2 ล่าช้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จำนวนครั้งของการตั้งครภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ตั้งครภ์มากกว่า 1 ครั้ง มีระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกเร็วกว่ามารดาที่ตั้งครภ์ครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.266$, $p < .05$) และสามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = -7.465$, $p < .01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครภ์มากกว่า 1 ครั้ง จะมีระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกเร็วขึ้น 7.465 ชั่วโมง เนื่องจากการดาที่ตั้งครภ์มากกว่า 1 ครั้ง มีการพัฒนาของเต้านมมาก่อน ทำให้มีปริมาณของกระเปาะน้ำนมมากกว่ามารดาที่ตั้งครภ์ครั้งแรก นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของเซลล์เยื่อเต้านม โดยในมารดาที่ตั้งครภ์มากกว่า 1 ครั้ง จะมีการพัฒนาของเซลล์เยื่อเต้านมมาแล้วทำให้เซลล์เยื่อเต้านมมีความสมบูรณ์มากกว่ามารดาที่ตั้งครภ์ครั้งแรก²⁶ ซึ่งการไหลของน้ำนมแม่นอกจากจะเป็นผลมาจากการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซินแล้ว ปริมาณของกระเปาะน้ำนม และความสมบูรณ์ของเซลล์เยื่อเต้านมก็เป็นส่วนที่ทำให้ฮอร์โมนออกซิโตซินสามารถช่วยกระตุ้นการบีบตัวของผนังเซลล์ที่อยู่รอบๆ ต่อมน้ำนม อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำนมไหล ดังนั้นผลของการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าจำนวนครั้งของการตั้งครภ์มีผลต่อการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่

เกี่ยวกับเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด¹⁴ พบว่า มารดาที่คลอดบุตรครั้งแรก กับมารดาที่คลอดบุตรมากกว่าหนึ่งครั้ง มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

จากผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียด การได้รับยาออกซิโตซิน และชนิดของการผ่าตัดคลอด ($B = 243, .032, -2.058$ ตามลำดับ) ที่ $p > .05$ ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p > .05$) การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.3 มีคะแนนความเครียดในระดับน้อย (ระดับคะแนน 0-4) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากที่สุด (ระดับคะแนน 10-15) ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยนี้ประเมินความเครียดภายหลังผ่าตัดคลอด จากการศึกษาก่อนหน้านี้ทำให้เกิดความเครียดในการดาหลังคลอด พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมักมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ความวิตกกังวล อาการเครียด และภาวะซึมเศร้า²⁷

การได้รับยาออกซิโตซินสามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .236, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับยาเพิตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .228, p < .05$) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับยาออกซิโตซินเพิ่มมากขึ้น จะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวมากขึ้น ทำให้มีระดับความเจ็บปวดสูงขึ้น เมื่อระดับความเจ็บปวดมากขึ้น ทำให้ต้องได้รับยาเพิตินมากขึ้นซึ่งมีผลในการระงับความเจ็บปวดและระงับการหลั่งของออกซิโตซินตามธรรมชาติ²⁰ ในส่วนของชนิดของการผ่าตัดคลอด สามารถทำนายระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกได้และมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p > .05$) ซึ่งชนิดของการผ่าตัดคลอดมีทั้งแบบฉุกเฉินและแบบมีกำหนดการ กลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีจำนวนใกล้เคียงกัน ($N = 46$ ราย และ 55 ราย ตามลำดับ) จึงทำให้ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในการศึกษานี้ไม่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเปรียบเทียบการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าระหว่าง

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ¹⁵ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรพิจารณาวิธีการลดความเจ็บปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดโดยใช้ยาเท่าที่จำเป็น และสนับสนุนการใช้การลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจะเป็นสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยทำให้ระยะเวลาการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกเร็วขึ้น

2. พยาบาลผดุงครรภ์ควรช่วยให้ทารกได้ดูดกระตุ้นที่หัวนมของมารดาทันทีหรือเร็วที่สุดหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งจะทำให้ น้ำนมแม่เริ่มไหลเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยความเครียดร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านความเครียด ร่วมกับความวิตกกังวล และความอ่อนเพลียจากการผ่าตัด เป็นต้น

2. ควรศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมการไหลของน้ำนมแม่ครั้งแรกในการดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

References

1. Dwi Y, Kasmara P, Wahyuni F. Perceptions of pregnant mothers about exclusive breast milk with the motivation to do early breastfeeding initiation (IMD) at Klinik Ayah Bunda Kelurahan Amplas, Kecamatan Medan Amplas in 2021. International Archives of Medical Sciences and Public Health. 2022;3(1):60-5.
2. Apartsakun P. Value of breastfeeding in Thai mothers: Nursing roles. Journal of The Royal Thai Army nurses.2018.19(2):53-61. (in Thai)
3. Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G, et al. Influences of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: A prospective cohort study. Journal of Human Lactation. 2018; 34(3):526-34.

4. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO statement on caesarean section rates. *British Journal of obstetrics and Gynaecology*. 2016;123(5):667-70.
5. Lawrence RA. Physiology of lactation. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding (Ninth Edition)*. Philadelphia: Elsevier; 2022: 58-92.
6. Stuebe AM, Grewen K, Pedersen CA, Propper C, Meltzer-Brody S. Failed lactation and perinatal depression: common problems with shared neuroendocrine mechanisms? *Journal of women's health*. 2012;21(3):264-72.
7. Rice VH. *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*: Sage; 2012.
8. Finnerty CC, Mabvuure NT, Ali A, Kozar RA, Herndon DN. The Surgically Induced Stress Response. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2013;37(5S):21S-9S.
9. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, et al. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 293(2):317-28.
10. Nuampa S, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W, Chanprapaph P. Personal factors, first feeding time and nurse support in predicting successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section. *Journal of Nursing Science*. 2014;31(2):49-59. (in Thai)
11. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, Dozier AM. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *The Journal of pediatrics*. 2012;161(4):608-14.
12. Stuebe AM, Grewen K, Pedersen CA, Propper C, Meltzer-Brody S. Failed lactation and perinatal depression: common problems with shared neuroendocrine mechanisms? *Journal Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(3):264-72.
13. Jiang S, Duan YF, Pang XH, Bi Y, Wang J, Zhao LY, et al. Prevalence of and risk factors for delayed onset of lactation in Chinese lactating women in 2013. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 2016;50(12):1061-6.
14. Salahudeen MS, Koshy AM, Sen S. A study of the factors affecting time to onset of lactogenesis-II after parturition. *Journal of Pharmacy Research*. 2013;6(1):68-72.
15. Intarasukum P. Onset of lactation after an uncomplicated cesarean delivery: a study between emergency cesarean delivery and elective cesarean delivery. *Journal of Health Science*. 2014;23(6):1058-66.
16. Liana P, Sima RM, Carp D, Alexandroaia C, Balalau DO. The psychosocial impact of vaginal delivery and cesarean section in primiparous women. *Journal of Mind and Medical Sciences*. 2018;5(1):70-74.
17. Brunton PJ. Endogenous opioid signalling in the brain during pregnancy and lactation. *Cell Tissue Research*. 2019;375(1): 69-83.
18. Rice VH, editor. *Handbook of stress, coping, and health implications for nursing research, theory, and practice*: SAGE Publications, Inc; 2011.
19. Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *Journal of Human Lactation*. 2014;30(2): 167-73.

20. Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, Arteiro D, Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018;38(6): 745-9.
21. Olza Fernández I, Marín Gabriel M, Malalana Martínez A, Fernández-Cañadas Morillo A, López Sánchez F, Costarelli V. Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatrica*. 2012;101(7):749-54.
22. Cohen J. Set correlation and contingency tables. *Applied Psychological Measurement*. 1988;12(4):425-34.
23. Chaingm N, Yusamran C, Pahuwattanakorn W. Predicting the onset of lactation in breastfeeding mothers. *Journal of Nursing Science*. 2019; 37(1):52-9.
24. Polit DF, Beck CT. Is there still gender bias in nursing research? An update. *Research in Nursing & Health*. 2013;36(1):75-83.
25. Chaplin J, Kelly J, Kildea S. Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: A qualitative study. *women and Birth*. 2016;29(2):144-52.
26. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeeding Medicine*. 2015; 10(3):156-62.
27. Chen HH, Lai JC, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth*. 2017;44(4):369-76.

การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงาน ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โรงพยาบาลเอกชน

The Development of Adaptive Strategy for Enhancing Work Potential of New Age Physical Therapists of Private Hospital

ณัฐกร อิมใจจิตต์*¹ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์

Naratakorn Imchaichit*¹ Prasarn Malakul Na Ayudhya Pongpan Kirdpitak

หลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250

Doctor of Philosophy in Psychology Kasem Bundit University Bangkok, Thailand 10250

บทคัดย่อ

การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ในโรงพยาบาลเอกชน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 2) เพื่อพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 3) เพื่อศึกษาผลการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ และ 4) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลองและบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนในการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยใช้การสนทนากลุ่มเฉพาะโดยใช้โมเดลกลยุทธ์การปรับเปลี่ยน ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นการรับรู้ข้อมูล ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นการวางแผน ขั้นการลงมือปฏิบัติ และขั้นการประเมินและปรับปรุงแก้ไข เพื่อเสริมสร้างศักยภาพนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยมุ่งเน้นศักยภาพด้านความรู้ทางวิชาชีพ ศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศ ศักยภาพด้านการคิดปรับเปลี่ยนอย่างยืดหยุ่นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน ศักยภาพการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ และศักยภาพด้านการคิดเชิงนวัตกรรม โดยใช้การดำเนินการตามกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทางจิตวิทยา 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การประมวลสารสนเทศ และกลยุทธ์การรู้คิด ผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนสามารถเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ให้สูงขึ้นได้ภายหลังการทดลองและสูงขึ้นต่อเนื่องในระยะติดตามผล

คำสำคัญ: กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน ศักยภาพในการทำงาน นักกายภาพบำบัดยุคใหม่

Abstract

The purpose of this research were 1) to study of work potential of new age physical therapists, 2) to develop adaptive strategy for enhancing work potential of new age physical therapists, 3) to study the effect of adaptive strategy for enhancing work potential of new age physical therapists, and 4) to study the satisfaction of the experimental group and the related significant group toward the adaptive strategy for enhancing work potential of new age physical therapists after the follow-up by using focus group. The adaptive strategy model included 5 stages: the data perception stage, data analysis stage, planning stage, Implementation process and the evaluation and improvement process to enhance work potential of new age physical therapists.

The work potential of new age physical therapists consisted of professional knowledge, information literacy, critical flexibility, analytical thinking and decision making and innovation thinking. The adaptive strategy for enhancing work potential of new age physical therapists was developed by applying three psychological concepts: transformative learning, Information processing and cognitive strategies. The research results showed that the development of adaptive strategies could significantly enhance the work potential of new age physical therapists after the experiment and after the follow-up.

Keyword: Adaptive strategy, Work potential, New age physical therapists

บทนำ

สังคมในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร หรือการให้บริการต่าง ๆ ส่งผลให้ความต้องการของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมศักยภาพหรือความสามารถสูงสุดของบุคลากรแต่ละคน เพื่อให้สามารถนำพาและปรับเปลี่ยนองค์กรให้ประสบความสำเร็จ โดยศักยภาพ (Potential) หมายถึง ความสามารถ หรือคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ สามารถพัฒนาหรือส่งเสริมให้เกิดความชำนาญ ด้วยกระบวนการฝึกอบรม การเรียนรู้ การฝึกฝน¹ ศักยภาพ เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นในการทำงาน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ อุปนิสัย ทัศนคติ และบุคลิกลักษณะ ศักยภาพ ดังกล่าวสามารถวัด ประเมินได้ในลักษณะที่เป็นสมรรถนะ (Competency) ที่ เป็นความสามารถเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานตามตำแหน่งงานที่กำหนดขึ้น เป็นความสามารถที่บุคคล แสดงออกมาในปัจจุบันและสามารถพัฒนาศักยภาพของ บุคคลนั้น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น² การพัฒนาศักยภาพในการทำงาน ของพนักงานในองค์กรจึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านการบริการทางแพทยนับเป็นสาขา วิชาชีพที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเพื่อให้สอดคล้องกับผู้รับบริการที่มีความแตกต่าง หลากหลาย มีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน รุนแรง หรือโรคอุบัติใหม่ ดังเช่นงานวิจัยของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ ที่ได้ศึกษาโดยใช้ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาศักยภาพ ของพยาบาล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมุมมองและ ความคิดใหม่ ๆ ให้มีทักษะในการประกอบวิชาชีพพยาบาล และทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21³⁻⁴ โดยงานกายภาพบำบัด เป็นวิชาชีพทางด้านการบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลสุขภาพของประชาชน ด้วยการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย รวมถึง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ร่างกายและจิตใจบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ กายภาพบำบัด⁵ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ ที่ดี มีความสามารถในการทำงานอย่างเต็มที่ บทบาทหน้าที่ สำคัญในการทำงานของนักกายภาพบำบัดในการบำบัดรักษา และการป้องกันโรคทางกายภาพบำบัด จำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะในการให้การรักษที่เหมาะสมกับโรค สามารถสืบค้น ข้อมูลความรู้ใหม่ ๆ จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ส่งต่อ ข้อมูลรู้ไปยังผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีความสามารถในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับอาการและความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้การทำงานในยุคปัจจุบัน นักกายภาพ บำบัดยุคใหม่จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้การ ให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและ สามารถทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดที่มีความแตกต่างและ ความต้องการที่หลากหลาย โดยความรู้ความสามารถและ คุณสมบัติเฉพาะนี้สามารถส่งเสริมพัฒนาให้เกิดขึ้นได้โดย ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การฝึกอบรม และการฝึกปฏิบัติใน สถานการณ์จริง สำหรับศักยภาพของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ จำเป็นต้องมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางเทคโนโลยีในการรักษา ทั้งในด้านเครื่องมือทางกายภาพบำบัด การใช้เทคโนโลยี ในการสื่อสาร การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งยังต้อง ยังมุ่งเน้นในด้านทักษะทางสังคม (Soft skills) ได้แก่ ความ สามารถในการปรับตัว การทำงานเป็นทีม ทักษะความคิด สร้างสรรค์ ความมุ่งมั่นพัฒนาตนเองและสังคมความเชี่ยวชาญ ในอาชีพ จิตวิญญาณในการปฏิบัติงาน ความละเอียดรอบคอบ

และการคิดวิเคราะห์ ที่จะช่วยให้ร่างกายภาพบำบัดมีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ในยุคการเปลี่ยนแปลง⁶⁻⁷

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นและจากการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติม โดยการสัมภาษณ์ข้อคิดเห็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัด จำนวน 30 ท่าน พบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาลักษณะของศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ที่ประกอบด้วยศักยภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ศักยภาพด้านความรู้ทางวิชาชีพ ศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศ ศักยภาพด้านการคิดปรัญมมองอย่างยืดหยุ่นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน ศักยภาพการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ และศักยภาพด้านการคิดเชิงนวัตกรรม แล้วแสวงหาแนวทางพัฒนากลยุทธ์หรือวิธีการในการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน (Adaptive strategy) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยการพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนของงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์หลักการ แนวคิด และรูปแบบการเรียนรู้ ตามแนวคิดทฤษฎีสำคัญ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนกรอบมุมมองจากเดิมไปสู่กรอบมุมมองใหม่ ผ่านประสบการณ์ตรง ทำให้เกิดทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สะท้อนคิด⁸ 2) การประมวลสารสนเทศ (Information Processing) ที่มุ่งเน้นการนำข้อความรู้ และกระบวนการรู้คิดมาสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้ในการประมวลผลข้อมูลในรูปแบบใหม่ ที่มีความแตกต่างไปจากเดิม⁹ และ 3) กลยุทธ์การรู้คิด (Cognitive Strategies) ที่มุ่งเน้นการปรับมุมมอง การยืดหยุ่นทางความคิด สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและหาแนวทางแก้ปัญหาและวางแผนได้อย่างเหมาะสม โดยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนได้นำแนวคิดและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงจากโมเดลกลยุทธ์การปรับเปลี่ยน ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการรับรู้ข้อมูล (2) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล (3) ขั้นตอนการวางแผน (4) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ และ (5) ขั้นตอนการประเมินและปรับปรุงแก้ไข สำหรับประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย มีดังนี้ 1) ได้ข้อความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 2) ได้นวัตกรรมกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของ

นักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 3) ได้ข้อความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 4) ได้มีเครื่องมือ แบบวัด และวิธีการใหม่ในการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ และ 5) สามารถนำเอากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ไปปรับใช้กับหลักสูตรการเรียนการสอนในคณะกายภาพบำบัดของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่
2. เพื่อศึกษาผลการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่
 - 1) เปรียบเทียบ ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
 - 2) เปรียบเทียบ ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
3. ศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group)

สมมติฐานงานวิจัย

1. ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่กลุ่มทดลอง ที่ได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่กลุ่มทดลอง ที่ได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนหลังการทดลองและหลังการติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ เป็นนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 494 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้ในการศึกษาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่เป็นนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาด 150 เตียงขึ้นไป และมีอายุงานมากกว่า 5 ปี ที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากประชากรและนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอนของ Taro Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ใช้ในการศึกษาผลของการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และมีคะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 30 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนและมีการปฏิบัติงานตามปกติ

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่

3.2 ตัวแปรตาม คือ ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ 5 ด้าน ได้แก่ ศักยภาพด้านความรู้ทางวิชาชีพ ศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศ ศักยภาพด้านการคิดปฏิมมองอย่างยืดหยุ่นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน ศักยภาพการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ และศักยภาพด้านการคิดเชิงนวัตกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพื้นฐาน (Basic mixed methods designs) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสร้างแบบวัดศักยภาพในการทำงาน

ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยสัมภาษณ์คณาจารย์ทางกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดอาวุโสในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 30 ท่าน เกี่ยวกับ “ศักยภาพที่จำเป็นในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่และแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาชีพกายภาพบำบัด” และนำข้อมูลที่ได้มากำหนดนิยามปฏิบัติการและสร้างแบบวัดศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.6 ขึ้นไป และนำไปทดลองใช้กับนักกายภาพบำบัดที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปีที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองจำนวน 60 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) มีอยู่ระหว่าง .855-.988 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .980 และผู้วิจัยนำแบบวัดศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยนำแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) การประมวลสารสนเทศ (Information processing) และกลยุทธ์การรู้คิด (Cognitive Strategies) และโมเดลกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงมาพัฒนาเป็นกลยุทธ์การปรับเปลี่ยน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นการรับรู้ข้อมูล ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นการวางแผน ขั้นการลงมือปฏิบัติ และขั้นการประเมินและปรับปรุงแก้ไข มีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1.00 จากนั้นนำกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนไปใช้กับนักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง จำนวน 14 ครั้ง และทำ Focus group กับกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัด
ยุคใหม่ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
ประกอบกัน ดังนี้

3.1 วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้รูปแบบวิจัย
กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยประยุกต์ใช้
Pretest-Posttest Control Group Design¹⁰ และวัดศักยภาพ
ในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ก่อนการทดลอง
หลังการทดลองและหลังการติดตามผล โดยวิเคราะห์
เปรียบเทียบ ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัด
ยุคใหม่กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ
หลังการติดตามผล และเปรียบเทียบศักยภาพในการทำงาน
ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล

3.2 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการสนทนา
กลุ่มเฉพาะกับนักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลอง และบุคคลสำคัญ
ที่เกี่ยวข้อง คือนักกายภาพบำบัดระดับหัวหน้างาน ที่มีต่อ
กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงาน
ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดศักยภาพในการทำงานของนัก
กายภาพบำบัดยุคใหม่ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective
Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 วิเคราะห์ค่า
อำนาจจำแนกรายข้อ ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน
รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) มีอยู่
ระหว่าง .855 - .988 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability)
ทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .980

2. กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .66-1.00

3. คำถามในการทำการสนทนากลุ่มเฉพาะ
(Focus group)

4. แบบวัดความพึงพอใจที่มีต่อกลยุทธ์การปรับ
เปลี่ยน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่ม
ตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย
และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวม
ข้อมูลเพื่อศึกษากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ
ในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยเก็บข้อมูล
ด้วยการทำแบบวัดศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัด
ยุคใหม่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการ
ติดตามผล 1 เดือน งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย
ในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษม
บัณฑิต เลขที่รับรองโครงการ T016/64P วันที่รับรอง 27
ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ เปรียบเทียบศักยภาพในการทำงาน
ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
ใช้ สถิติ One-way ANOVA with repeated measure

การวิเคราะห์ เปรียบเทียบศักยภาพในการทำงาน
ของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตาม
ผลใช้ สถิติ Two-way ANOVA with repeated measure

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนา
กลุ่มเฉพาะจากนักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลอง และบุคคลสำคัญ
ที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนในการเสริมสร้าง
ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ใช้
การถอดเทปเพื่อสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มเฉพาะ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่โดยรวมและรายด้าน (n = 120)

ศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่	Max	Min	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ศักยภาพด้านความรู้ทางวิชาชีพ	9.00	3.00	7.04	1.85	สูง
ศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศ	9.00	3.00	6.32	1.51	สูง
ศักยภาพด้านการคิดปรับมุมมองอย่างยืดหยุ่นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน	9.00	3.00	7.01	1.84	สูง
ศักยภาพด้านการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ	9.00	3.00	7.75	1.93	สูง
ศักยภาพด้านการคิดเชิงนวัตกรรม	9.00	3.00	6.42	1.67	สูง
ศักยภาพโดยรวม	44.00	19.00	34.53	7.35	สูง

จากตาราง 1 พบว่าศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและศักยภาพด้านการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

2. ผลการพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่
การพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่สามารถอธิบายได้ด้วยแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักรักษาพยาบาลบำบัดยุคใหม่

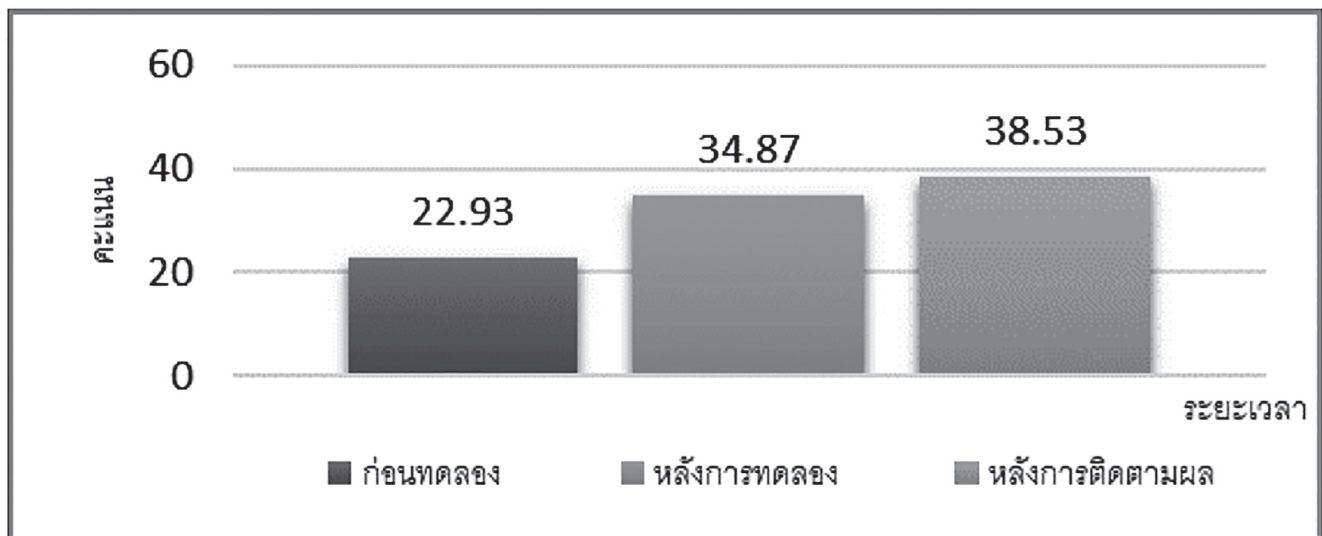
จากแผนภาพที่ 1 แสดงหลักการที่สำคัญของกลยุทธ์การปรับเปลี่ยน แนวคิด และขั้นตอนในการพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการดำเนินการดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎี
1	การปฐมนิเทศ	เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยการรักษาคความลับตลอดจนระยะเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรม	ประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเทคนิค การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การจำลองสถานการณ์ และการสะท้อนคิด
2-5	การเสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้ ทางวิชาชีพ และศักยภาพด้านความฉลาดรู้ด้านสารสนเทศ	เพื่อพัฒนานักกายภาพบำบัดในหน่วยงาน/องค์กรให้มีความรู้ที่ทันสมัยในวิชาชีพ ทั้งในเชิงวิชาการ และการฝึกปฏิบัติให้เกิดความเชี่ยวชาญและเพื่อให้นักกายภาพบำบัดมีความสามารถในการรับรู้ ประมวล วิเคราะห์ แปรความหมายข้อมูลให้เหมาะสมกับงานกายภาพบำบัด และสามารถเข้าถึง แลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูลผ่านเครือข่ายเทคโนโลยีไปยังบุคคลอื่น	ประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงการประมวลสารสนเทศ และกลยุทธ์การรู้คิด เทคนิค การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การคิด วิเคราะห์และการวางแผน การระดมสมอง การสะท้อนคิด
6	การเสริมสร้างศักยภาพด้านการคิดปรับมุมมองอย่างยืดหยุ่นเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน	เพื่อเสริมสร้างความสามารถที่แสดงออกถึงความสามารถในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์การปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน การแก้ปัญหาเมื่อมีการร้องเรียนจากผู้ป่วย และความสามารถในการปรับมุมมองความคิด	ประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและกลยุทธ์การรู้คิด เทคนิค การระดมสมอง การวิเคราะห์ สังเคราะห์ การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การจำลองสถานการณ์
7	การเสริมสร้างศักยภาพด้านการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความสามารถในการนำข้อมูลพื้นฐานในการให้การรักษาสู่ผู้ป่วยแต่ละรายมาวิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนโปรแกรมการให้การรักษาสู่ผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น	ประยุกต์ใช้กลยุทธ์การรู้คิด เทคนิค การอภิปรายร่วมกัน การระดมสมอง การเรียนรู้เชิงสถานการณ์ การสะท้อนคิด การวิเคราะห์ข้อมูล
8-13	การเสริมสร้างศักยภาพด้านการคิดเชิงนวัตกรรม	เพื่อให้เกิดความสามารถในการออกแบบนวัตกรรมการให้การรักษาสื่ออุปกรณ์ในการให้การรักษาสื่อที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1-7 ในการสร้างนวัตกรรม	ประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและกลยุทธ์การรู้คิด เทคนิค สนทนาเรียนรู้ การเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้เป็นทีม การอภิปรายร่วมกัน การสะท้อนคิด
14	ปัจฉิมนิเทศ สรุปการเข้าร่วมกิจกรรม	เพื่อสรุปผลการเรียนรู้ในแต่ละเรื่อง เปิดโอกาสให้ได้ซักถามสิ่งที่สงสัย ร่วมกัน การให้แรงจูงใจ และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ และความมั่นใจ และประเมินความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ที่ได้รับ	ประยุกต์ใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและกลยุทธ์การรู้คิด เทคนิค การอภิปรายผล การให้ข้อมูลย้อนกลับ การตั้งเป้าหมาย

3. การประเมินผลของการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ นำเสนอข้อมูลดังนี้

3.1 นักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยรวมระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ดังแผนภาพที่ 2

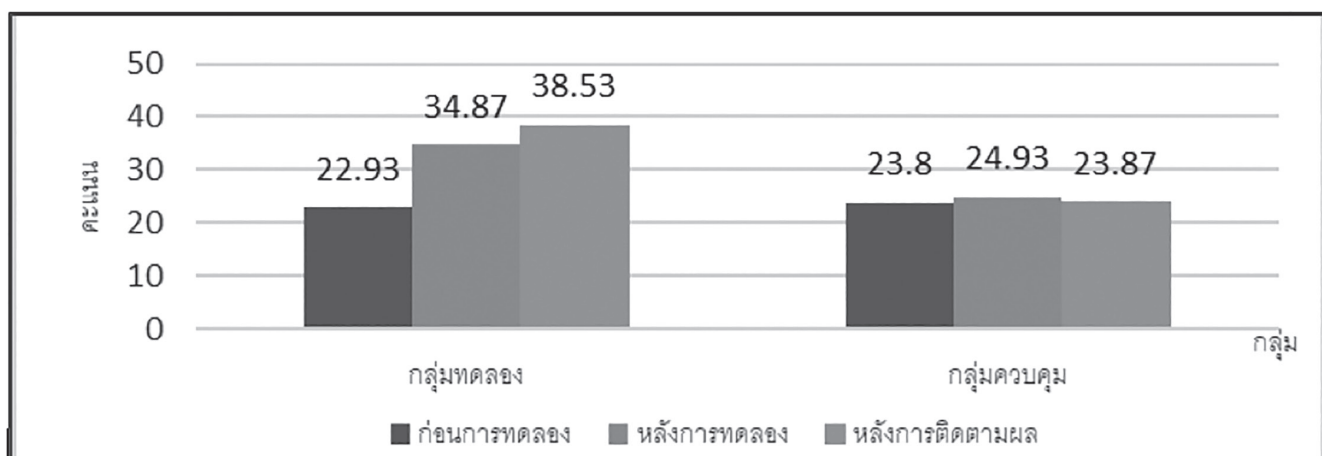


แผนภาพที่ 2 คะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยรวมระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

แผนภาพที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลพบว่าคะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังติดตามผล โดยพิจารณาจากปฏิสัมพันธ์ร่วม (Interaction) ระหว่างการพัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังติดตามผลของนักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน



แผนภาพที่ 3 คะแนนศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่โดยรวมระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566
Vol. 24 No.1 January - April 2023

วิเคราะห์ การใคร่ครวญอย่างมีวิจารณญาณ มีการสนทนาเชิงวิพากษ์จนนำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งแตกต่างจากนักกายภาพบำบัดกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง จึงขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขาดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาตนเอง ทำให้ศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้น¹³

4. จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการศึกษาความพึงพอใจต่อกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนของนักกายภาพบำบัดและบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้างานพบว่านักกายภาพบำบัดกลุ่มทดลอง และหัวหน้างานมีความพึงพอใจต่อกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ โดยผู้วิจัยได้ให้นักกายภาพบำบัดออกแบบนวัตกรรมที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วย ทำให้นักกายภาพบำบัดเข้าใจถึงขั้นตอนในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อต่อยอดนวัตกรรมการออกแบบไปใช้ได้จริงในการให้การรักษผู้ป่วย ทำให้ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีนวัตกรรมให้การรักษและการบริการเพิ่มขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การให้การรักษาทายภาพบำบัด โดยใช้ Metaverse และการให้การรักษผู้ป่วยปัสสาวะเล็ดด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หลากหลายและมีความทันสมัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและนโยบาย ไทยแลนด์ 4.0 ที่มีการขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมถึงจะมุ่งเน้นการบริการทางด้านอุตสาหกรรมทางการแพทย์ มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพด้านการบริการในโรงพยาบาล¹⁴ นอกจากนี้นักกายภาพบำบัดที่เข้าร่วมทดลองอธิบายว่าจากการที่ได้รับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนทำให้ได้ทราบเทคนิค วิธีการรักษาใหม่ๆ ที่สามารถนำมาในการให้การรักษผู้ป่วยและสามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจในการให้การรักษได้ดี สามารถใช้สื่อสารสนเทศในการสื่อสารข้อมูลได้มากขึ้น สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นมากขึ้นจากการที่รู้วิธีการปรับมุมมองในการแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยได้แก่ (1) แบบวัดศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ และ (2) กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนซึ่งนับเป็นนวัตกรรมใหม่ที่มีคุณภาพเหมาะสมสำหรับนักจิตวิทยา บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจจะนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของนักกายภาพบำบัดยุคใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้วิจัย อย่างไรก็ตามหากมีการนำเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในบริบทอื่น ควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับเรื่องที่จะศึกษา

2) การติดตามผลควรมีระยะเวลาในการติดตามผล หลังจากทีนักกายภาพบำบัดได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น 3 เดือน และ 6 เดือน และสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) จากการประเมินข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยนี้ พบว่านักกายภาพบำบัดได้รับประโยชน์อย่างมากจากการเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง และยังสามารถนำนวัตกรรมที่ได้มาใช้ได้จริงเกิดเป็น service ใหม่ในองค์กร ดังนั้นจึงควรนำกลยุทธ์และแบบวัดซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่จากการวิจัยนี้ดำเนินการพัฒนาต่อยอดทั้งในรูปแบบงานวิจัยหรือการสร้างนวัตกรรมเพิ่มเติม

References

1. Neufeldt AH, Mathieson R. Empirical Dimensions of Discrimination Against Disabled People. Health Hum Rights. 1995;1(2) : 174-89.
2. Metheesuwapab S. and Wjitwanna S. Human resource Potentialities in Organization: Evaluation and Development. Siam academic review. 2019;0(2) : 1-10. (in Thai)
3. Duangjai P. Team Based Learning: Learning Strategy in Nursing Education toward the Development of the Twenty-First Century Learning Skill. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1) : 23-32. (in Thai)

4. Inchaithep S. Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics. Journal of Health Sciences Scholarship. 2019;6(1) : 1-10. (in Thai)
5. Practice of the Physical Therapy. Ratchakitjanubeksa book 121; 2004: 52-70.
6. Nualnetr N. Physical Therapists and Primary Health Care Services. The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine. 2009;1(1) : 43-6. (in Thai)
7. Watthanabut B. Human Capital Potential Development In 21st Century. Dhammathas Academic Journal. 2016;16(3) : 163-76. (in Thai)
8. Mezirow J. Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress. San Francisco, CA: The Jossey-Bass higher and adult education series; 2000.
9. Klausmeier. H. J. Educational psychology. 5thed. New York: Harper & Row; 1985.
10. Creswell J.W. Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. 2thed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
11. Jose J. Canas, Inmaculada F. and Ladiialao S. Cognitive flexibility. Spain: University of Granada; 2015.
12. Marquardt, M. J. Action learning in action: Transforming problems and people for world-class organizational learning. Palo Alto, Calif: Davies-Black; 1999.
13. Prajankett O. An educational innovative organization: A new choice of educational Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(1) : 45-51. (in Thai)
14. Akkadechanunt T. Nurses' Competency and Public Healthcare Innovations in Thailand 4.0 Era. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019;34(1) : 5-13. (in Thai)

ทัศนคติทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัล ในยุคพลิกโฉม ของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล Digital Mindset, Digital Literacy, and Digital Skills in the VUCA Era of Nursing Students for Healthcare and Nursing service

จินตนา อาจันต์เหี้ยะ* สุดารัตน์ สุวาริ น้าผึ้ง ปรัญญาคูณ
Jintana Artsanthia* Sudarat Suvaree Numpueng Prachyakoon
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10120
Nursing faculty, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาทัศนคติทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัล ในยุค
พลิกโฉมของนักศึกษาพยาบาลในด้านบริการสุขภาพและการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับนักศึกษาพยาบาล
คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 476 คน เครื่องมือวิจัยพัฒนาผ่านผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง .78 วิเคราะห์
ความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน ค่าครอนบาค อัลฟา .85

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติทางดิจิทัลที่มีการรับความหลากหลายค่าเฉลี่ยที่ 4.35อยู่ในระดับดี รองลงมาคือทัศนคติที่มี
การคิดเชิงสำรวจมีค่าเฉลี่ยที่ 4.08 อยู่ในระดับดี และมีทัศนคติที่เปิดกว้างมีค่าเฉลี่ยที่ 3.18 ในระดับปานกลาง

ความเข้าใจทางดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยที่ 3.98 ในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจต่ำสุดในด้านการทำความเข้าใจในกฎดิจิทัล
ทางสังคม ระดับ 3.79 ระดับปานกลาง

ทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.71 อยู่ใน
ระดับปานกลาง และมีจริยธรรมทางดิจิทัลออนไลน์สูงสุดที่ 3.89 ระดับปานกลาง และมีทักษะต่ำสุดคือภาพลักษณ์และทักษะ
ส่วนบุคคลที่ ระดับ 3.41 ในระดับปานกลาง

จากผลวิจัยสามารถส่งเสริมความเข้าใจในดิจิทัลของนักศึกษาให้เกิดทักษะดิจิทัลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการ
พยาบาลที่ดีได้จากพื้นฐานของการมีทัศนคติที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ทัศนคติทางดิจิทัล, ความเข้าใจทางดิจิทัล, ทักษะทางดิจิทัล, ยุคพลิกโฉม, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research was quantitative research to study the digital mindset, digital literacy, and digital skills
in the VUCA era of nursing students in health services and nursing. Data were collected using a questionnaire
with 476 specific nursing students. The research tool was developed by reviewing literature through 3 experts.
The Index of Item objectives congruence (IOC) was .78 and the confidence of reliability by using the internal
consistency method (Cronbach's alpha) was .85

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: jintana.a@slc.ac.th

The results showed that the Digital mindset of the sample showed that embracing diversity was average at 4.35 and was well followed by the explorer's mind attitude with a mean of 4.08 at a good level and an abundance mindset, the lowest limit is at a moderately 3.18 average.

Digital literacy, with the highest level of understanding in reach to digital, with a moderate mean of 3.98. and has the lowest Understanding of social digital behavior rules, (Netiquette) at 3.79 at a moderate level.

Digital Skills for Nursing Students in healthcare and nursing services with a total mean of 3.71 at a moderate level. The highest level of ethics in digital online was 3.89 at a moderate level, and the lowest skill level was good image and self-skill at level 3.41 at a moderate level.

From the research results, it can promote students' digital understanding to develop digital skills related to health care and good nursing services based on having a good mindset.

Keywords: Digital mindset; Digital literacy; Digital skills; the VUCA era; Nursing students

บทนำ

ดิจิทัลเป็นเรื่องของผู้คนส่วนมากในปัจจุบัน ซึ่งเกี่ยวข้องพอๆ กับการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน ความจำเป็นที่ต้องให้เกิดประสิทธิภาพในยุคดิจิทัลนั้นเป็นการนำผู้คนและเทคโนโลยีมารวมกันอย่างลงตัว ส่วนสำคัญของการดำเนินงานในปัจจุบันคือการมีกรอบความคิดด้านดิจิทัลที่ต้องสามารถรวมเทคโนโลยีเข้ากับบทบาทประจำวันเพื่อเพิ่มคุณค่าของเทคโนโลยีมากขึ้น ความคิดดิจิทัลจึงไม่ได้เป็นเพียงความสามารถในการใช้เทคโนโลยี แต่เป็นชุดของทัศนคติและพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้คนและองค์กรมีการคาดการณ์ถึงความเป็นไปได้ ในสังคมของโซเชียลมีเดีย, บิ๊กดาต้า, ความคล่องตัว, คลาวด์, AI และวิทยาการหุ่นยนต์ สิ่งเหล่านี้คือกองกำลังดิจิทัลขนาดใหญ่ที่แทรกซึมไปในทุกแง่มุมของชีวิตและธุรกิจ ดังนั้นการที่องค์กรจะประสบความสำเร็จได้จึงต้องมีบุคลากรที่เหมาะสม และองค์กรยังต้องการบุคลากรที่มีความคิดด้านดิจิทัลที่โดดเด่นด้วยความสามารถในการเข้าใจในพลังของเทคโนโลยีเพื่อทำให้กระบวนการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับให้เข้ากับขนาดของผลผลิตที่คาดหวัง (output) มีการเร่งการตอบสนองและการกระทำทุกรูปแบบเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ มีความเข้าใจผลกระทบของความเชื่อมโยงที่ถึงกัน และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบัน^{1,2}

ความคิดดิจิทัลเป็นสิ่งสำคัญ ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลายทางเจเนอเรชัน (Generation) จะมีความได้เปรียบ เสียเปรียบหรือความถนัดในของแต่ละรุ่นอายุ จึงเป็นความท้าทายของการบริหารจัดการให้มีการบรรลุ

วัตถุประสงค์ของดิจิทัล (Digital Objective) ที่ต้องการความเข้าใจในความคิดดิจิทัลซึ่งในสภาพปัญหาปัจจุบันพบว่ายังขาดความเข้าใจในวงกว้าง ในเรื่องการเคลื่อนไหวทางดิจิทัล ขาดกลยุทธ์ทางดิจิทัลที่เน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ขาดวัฒนธรรมการใช้ดิจิทัลที่ถูกต้อง ขาดผู้นำที่เชี่ยวชาญด้านดิจิทัล และขาดการประเมินความพร้อมทางดิจิทัลเพื่อให้มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล และมีความพร้อมด้านดิจิทัล³ จากการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุค VUCA ซึ่งเป็นยุคแห่งสถานการณ์ผันผวน ไม่ชัดเจน มีความซับซ้อนและคลุมเครือสูง ยากที่จะอธิบาย เข้าใจ และคาดเดาสถานการณ์ทั้ง 4 อย่างของ VUCA World ได้อย่างชัดเจน ดังนี้ 1. ความผันผวนคือความผันผวนที่เป็นกะทันหัน/ไม่ได้กำหนดไว้ 2. ความไม่แน่นอนคือ ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ในการเผชิญเหตุการณ์ สถานการณ์ต่างๆ 3. ความซับซ้อนคือความซับซ้อนมีหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันทำให้ยากต่อการตัดสินใจ 4. ความคลุมเครือคือความคลุมเครือที่มีความไม่ชัดเจน ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน⁴

สำหรับดิจิทัลในการบริการด้านสุขภาพนั้น เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะต้องมีความคิดที่จะสร้างสุขภาพที่ดีในอนาคต ดังนั้นทัศนคติทางดิจิทัล (Digital mindset) จึงเป็นหัวใจสำคัญในยุคของการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล ทีมสุขภาพควรมีทักษะดิจิทัล ดังนี้ 1. ทักษะในการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเอง 2. ทักษะการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล 3. ทักษะการคิดวิเคราะห์ด้วย

วิจารณ์ญาณที่ดี 4. ทักษะในการจัดสรรเวลาหน้าจอ 5. ทักษะในการจัดการกับภัยคุกคามออนไลน์ 6. ทักษะในการจัดการข้อมูลที่ใช้ทั้งไว้ในโลกออนไลน์ 7. ทักษะการเอาตัวรอดในโลกออนไลน์ และ 8. ทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม^{5,6} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารในด้านกรอบความคิดดิจิทัลที่ยังต้องมึระดับความรู้ด้านไอซีที อินเทอร์เน็ต สื่อ และสารสนเทศ ซึ่งจำเป็นต้องมีทักษะจากความรู้เพื่อความสามารถแข่งขันในสภาพแวดล้อมดิจิทัล ทักษะเหล่านี้มีความหลากหลายซึ่งมีการศึกษา^{7,8} พบว่าเป็นทักษะการใช้ดิจิทัลทั่วไป^{9,10} ที่ได้แยกความแตกต่างระหว่างทักษะด้านการใช้เครื่องมือ ทักษะโครงสร้าง และทักษะเชิงกลยุทธ์ โดยที่ทักษะด้านการใช้เครื่องมือหมายถึงการควบคุม การปฏิบัติงานของเทคโนโลยี ทักษะเชิงโครงสร้างหมายถึงโครงสร้างที่มีข้อมูลอยู่ และทักษะเชิงกลยุทธ์หมายถึงการมองหาข้อมูลในเชิงรุก การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน และการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ต่อมาจึงได้กำหนดทักษะการปฏิบัติงานทักษะข้อมูลอย่างเป็นทางการ ทักษะที่ไม่เป็นทางการที่สำคัญ และทักษะเชิงกลยุทธ์ จะเห็นว่าการศึกษาวิจัยทางดิจิทัลมี

พัฒนาการอยู่เสมอ ทีมวิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติทางดิจิทัล ความเข้าใจทางดิจิทัล และทักษะทางดิจิทัลด้านบริการสุขภาพและการพยาบาล ในยุค VUCA ของนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานของการพัฒนาความพร้อมทางด้านดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นพยาบาลแห่งอนาคตในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงและยุคแห่งการเติบโตทางเทคโนโลยีต่อไป

กรอบแนวคิด

แนวคิดของคุณลักษณะของการศึกษาแห่งศตวรรษที่ 21 และการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุค VUCA คือการเรียนรู้เฉพาะบุคคล ความเสมอภาค ความหลากหลาย และดิจิทัลเทคโนโลยี ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก นอกจากนี้ พยาบาลควรมีความรู้ความสามารถ ที่เรียกว่า Nurses Digital Technology Competency ความเข้าใจทางเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและการเป็นพยาบาลในยุคดิจิทัล ซึ่งผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

ตัวแปรอิสระ:

1. ข้อมูลส่วนตัว
 - อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน เครื่องมือในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
2. ทักษะทางดิจิทัลประกอบด้วย
 - Abundance Mindset
 - Growth Mindset
 - Agile Approach
 - Comfort with Ambiguity:
 - Explorer's Mind:
 - Collaborative Approach:
 - Embracing Diversity:
3. ทักษะทางดิจิทัล
4. ความเข้าใจทางดิจิทัล

ตัวแปรตาม:

ทักษะดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้านบริการสุขภาพและการพยาบาล:

- Digital Citizen Identity skill
- Privacy Management skill
- Critical thinking skill
- Screen Time Management skill
- Cyberbullying Management skill
- Cybersecurity Management
- Ethical in digital online

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Survey Descriptive Research) เพื่อศึกษาปรากฏการณ์โดยการทำแบบสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1,2,3,4 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 520 คน ผู้วิจัยสุ่มแบบเจาะจงรายชั้นปีละ 7-8 คน รวม 30 ตัวอย่างสำหรับการทดสอบแบบสอบถาม(Tryout) ดังนั้นมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 490 คนที่ไม่เป็นกลุ่มของการTry out ในการรวบรวมข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือก: เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 เกณฑ์การคัดออก นักศึกษาที่ไม่ยินยอมหรือไม่สามารถให้ข้อมูลเพื่อตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การยกเลิก: แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ สุดท้ายได้กลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์จำนวน 476 คน

เครื่องมือวิจัย:

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา รายได้ต่อเดือน เครื่องมือในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และแบบสอบถามที่เป็นRating scale ในส่วนต่อไป 1.2 ทักษะทางดิจิทัล ประกอบด้วย Abundance Mindset, Growth Mindset, Agile Approach, Comfort with Ambiguity, Explorer's Mindset, Collaborative Approach, และ Embracing Diversityรวม 21 ข้อ 1.3 ความเข้าใจทางดิจิทัลประกอบด้วย ความรับผิดชอบและความถูกต้อง, การเข้าถึงดิจิทัล, การสื่อสารดิจิทัล, ความปลอดภัยในการใช้ดิจิทัล, ความพฤติกรรมการใช้ดิจิทัลในสังคม, สุขภาพดิจิทัล, จริยธรรมและกฎหมายดิจิทัลรวม 32 ข้อ 1.4 ทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้านการดูแลสุขภาพและบริการพยาบาลประกอบด้วยภาพลักษณ์ที่ดีและทักษะในตนเองในการให้บริการ, ทักษะความปลอดภัยส่วนบุคคลในการรักษาข้อมูล, ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลสุขภาพ, การจัดการเวลาในการใช้ดิจิทัล, อาชญากรรมในทักษะออนไลน์ดิจิทัล, ความปลอดภัยส่วนบุคคลในโลกดิจิทัลออนไลน์, จริยธรรม ดิจิทัลออนไลน์ รวม 17 ข้อ

2. การทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา(Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) .78 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้

วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ที่ได้ .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล:

1. หลังจากได้รับการพิจารณาทางจริยธรรม วิจัยได้ติดต่อนักศึกษาแต่ละชั้นปีเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย
2. แจกจ่ายแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนเพื่อทำแบบสอบถามทั้งรูปแบบด้วยกระดาษและ QR ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง
3. ส่งแบบสอบถามคืนทีมผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์
4. การจัดการข้อมูลก่อนวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาที่ใช้เพื่อระบุลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและใช้การคำนวณความถี่และร้อยละของข้อมูลเพื่อสรุปในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

1. การคุ้มครองตามขั้นตอนการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน E.017/2565. Issue July 14, 2022จ.017/2565. ฉบับวันที่ 14 กรกฎาคม 2565 ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และประโยชน์ในการศึกษานี้ ได้รับแบบฟอร์มยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
2. การรักษาความลับ ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยหากผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้แจ้งความยินยอม ผู้เข้าร่วมที่ไม่ระบุชื่อการเก็บบันทึกที่เป็นความลับผู้เข้าร่วมมีโอกาสที่จะถามคำถามและปฏิเสธหรือตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ผู้ที่ตกลงเข้าร่วมจะถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมหรือบันทึกความยินยอมด้วยวาจา

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศชายร้อยละ 4.6 เพศหญิงร้อยละ 95.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-22 ปี ร้อยละ 52.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 81.5 มีนักศึกษาร้อยละ 58.6 มีรายได้ระหว่าง 3,000-6,000 บาท และอุปกรณ์เทคโนโลยี (IT) ที่ใช้ ส่วนใหญ่เป็น Ipad, tablet ร้อยละ 52.3

2) ทศนคติทางดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาทศนคติทางดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงทศนคติทางดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง

	ผลของทศนคติ		
	Mean	Std. Deviation	แปลผล
1. ทศนคติเปิดกว้าง ไร้ขีดจำกัด(Abundance Mindset)	3.18 / 5	1.08	ปานกลาง
2. ทศนคติที่คิดเติบโตขึ้น (Growth Mindset)	3.45 / 5	.86	ปานกลาง
3. ความคิดที่ยืดหยุ่น (Agile Approach)	3.79 / 5	.83	ปานกลาง
4. การรับได้ในความไม่แน่นอน(Comfort with Ambiguity)	3.47 / 5	.87	ปานกลาง
5. มีการคิดสำรวจจิตใจ (Explorer's Mind)	4.08 / 5	.77	ดี
6. เปิดใจในการทำงานร่วมกัน (Collaborative Approach)	4.04 / 5	.75	ดี
7. การรับความหลากหลาย (Embracing Diversity)	4.35 / 5	.68	ดี

จากตารางที่ 2 แสดงทศนคติที่มีค่าสูงสุดคือทศนคติในการรับความหลากหลายมีค่าเฉลี่ยที่ 4.35 อยู่ในระดับดี รองลงมาคือทศนคติที่มีการคิดสำรวจจิตใจมีค่าเฉลี่ยที่ 4.08 อยู่ในระดับดี และมีทศนคติการเปิดกว้าง ไร้ขีดจำกัดต่ำสุดที่ค่าเฉลี่ย 3.18 ในระดับปานกลาง

3) ความเข้าใจทางดิจิทัล

ผลของความเข้าใจทางดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความเข้าใจทางดิจิทัล

	Mean	SD	แปลผล
1. ความเข้าใจในความรับผิดชอบและสิทธิมนุษยชน	3.84 / 5	.77	ปานกลาง
2. ความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล	3.98 / 5	.75	ปานกลาง
3. ความเข้าใจในการสื่อสารทางดิจิทัล	3.97 / 5	.73	ปานกลาง
4. มีความเข้าใจในความปลอดภัยในการใช้ดิจิทัล	3.90 / 5	.77	ปานกลาง
5. การทำความเข้าใจกฎพฤติกรรมดิจิทัลทางสังคม (Netiquett)	3.79 / 5	.78	ปานกลาง
6. ความเข้าใจในสุขภาพดิจิทัล	3.88 / 5	.86	ปานกลาง
7. ความเข้าใจด้านจริยธรรมและกฎหมายดิจิทัล	3.87 / 5	.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 แสดงความเข้าใจทางดิจิทัล ในการเข้าถึงข้อมูลดิจิทัลสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยที่ 3.98 ในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจต่ำสุดในด้าน การทำความเข้าใจกฎพฤติกรรมดิจิทัลทางสังคม (Netiquette) ที่ระดับ 3.79 ในระดับปานกลาง

4) ทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล

ผลของทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงทักษะของดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล

รายการ	ค่าเฉลี่ยทักษะ	แปลผล
1. ภาพลักษณ์และทักษะส่วนบุคคลในการให้บริการ (Digital Citizen Identity skill)	3.41 / 5	ปานกลาง
2. ทักษะความปลอดภัยส่วนบุคคลในการรักษาข้อมูล (Privacy Management skill)	3.81 / 5	ปานกลาง
3. ทักษะการมีวิจารณญาณในการดูแลสุขภาพ (Critical thinking skill)	3.74 / 5	ปานกลาง
4. การจัดสรรเวลาการใช้หน้าจอ (Screen Time Management skill)	3.77 / 5	ปานกลาง
5. ทักษะเกี่ยวกับอาชญากรรมทางออนไลน์ (Cyberbullying Management skill)	3.55 / 5	ปานกลาง
6. ทักษะของความปลอดภัยสำหรับตนเองในโลกดิจิทัล (Cybersecurity Management)	3.8 / 5	ปานกลาง
7. จริยธรรมทางดิจิทัลออนไลน์ (Ethical in digital online)	3.89 / 5	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.71 / 5	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 แสดงทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.71 อยู่ในระดับปานกลาง และมีจริยธรรมทางดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 3.89 ระดับปานกลาง และมีทักษะต่ำสุดคือ ภาพลักษณ์และทักษะส่วนบุคคลที่ค่า 3.41 ในระดับปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าทัศนคติทางดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีทัศนคติในการรับความหลากหลายมีค่าเฉลี่ยที่ 4.35 อยู่ในระดับดี รองลงมาคือทัศนคติที่มีการคิดสำรวจจิตใจมีค่าเฉลี่ยที่ 4.08 อยู่ในระดับดี และมีทัศนคติการเปิดกว้างไร้ขีดจำกัดต่ำสุดที่ค่าเฉลี่ย 3.18 อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่าในภาพรวมทัศนคติทางดิจิทัลเป็นไปในทางที่สามารถส่งเสริมต่อยอดให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ที่ดี ซึ่ง Growth Mindset นี้จะเป็น ญูญแจสำคัญสู่การพัฒนาตนเองต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาความคิดที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาคำติชมที่สำคัญของนักศึกษามหาวิทยาลัยและการเรียนรู้ เชื่อกันว่าทัศนคติ หรือ Mindset มีอิทธิพลต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษา เป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนรู้และประสิทธิภาพได้^{11,12} และพบว่า แรงจูงใจภายในจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดทักษะการปฏิบัติที่ดีที่สุด และการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องมาจากพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาต่อไปในการใช้ดิจิทัลอย่างยั่งยืน^{13,14}

จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะทางดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยรวมที่ 3.71 อยู่ในระดับปานกลาง และมี

จริยธรรมทางดิจิทัลออนไลน์สูงสุดที่ 3.89 อยู่ในระดับปานกลาง และมีทักษะต่ำสุดคือ ภาพลักษณ์และทักษะส่วนบุคคลที่ 3.41 อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่าการที่ทักษะของดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการบริการพยาบาลยังอยู่ในระดับต่ำและปานกลางนี้ เป็นประเด็นที่ทางสถาบันจะนำไปพัฒนาต่อยอดให้เพิ่มความสามารถทางดิจิทัลให้นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการแสวงหาคำติชม การสร้างแนวคิดของการสร้างกรอบและการแสวงหาคำติชมที่สำคัญ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเรียนรู้เฉพาะสำหรับนักศึกษาให้มีความคิดในการเติบโตอย่างเข้มแข็งให้มีการดูแลและให้บริการที่ดีต่อไป^{9,15}

จากผลการวิจัยพบว่า ความเข้าใจทางดิจิทัลมีความเข้าใจในการเข้าถึงดิจิทัลสูงสุดมีค่าเฉลี่ยที่ 3.98 อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจต่ำสุดในด้าน การทำความเข้าใจกฎพฤติกรรมดิจิทัลทางสังคม (Netiquette) ที่ 3.79 อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจในการเข้าถึงดิจิทัล ที่ต้องการพัฒนาในบางประเด็นให้ครอบคลุม เพื่อการใช้และเข้าใจนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเข้าใจในดิจิทัลในโมเดล Growth Mindset เป็นแบบอย่างความสำเร็จทางวิชาการของนักศึกษาส่งผลต่อการประยุกต์ใช้ความคิดแบบเติบโตในการศึกษาพยาบาลเป็นนวัตกรรม นอกจากนี้ Growth Mindset ยังช่วยปรับปรุงกลยุทธ์การศึกษาของนักศึกษาพยาบาล¹⁶ และการนำ ความเข้าใจในดิจิทัลพัฒนา Telenursing มาใช้ในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นการพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับ

ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ที่ต้องมีวิถีคิด วิธีสื่อสาร
วิธีปฏิบัติและการจัดการการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ต่อไป^{17,18}

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าทัศนคติทางดิจิทัลของกลุ่ม
ตัวอย่างมีความเปิดกว้าง ไร้อคติจำกัดต่ำสุดที่ในระดับปานกลาง
ทักษะพื้นฐานของการใช้ดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง และทักษะ
ของดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
และการบริการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง จึงเสนอแนะว่า
ควรส่งเสริมทักษะทางดิจิทัลโดยเสริมในเนื้อหา หรือกิจกรรม
บทเรียนให้นักศึกษามีทักษะที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาที่ได้ในผลในเชิงข้อมูลพื้นฐาน
สำหรับความคิดดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นการศึกษา
ครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในเชิงโปรแกรมส่งเสริมทักษะดิจิทัล
ด้านต่างๆ ให้ความคิดทางดิจิทัล ทัศนคติที่ดีเพื่อสร้างคุณภาพ
การพยาบาลต่อไปในอนาคต

References

1. Amornrit P. & Cheewakasemsuk A. The use of technology in nursing service management. Renuka Thongkarod. (Editor). Nonthaburi: Publishing House Sukhothai Thammathirat Open University. 2020: 12-51. (In Thai)
2. Sherwood, G., & Zomorodi, M. A New Mindset for Quality and Safety: The QSEN Competencies Redefine Nurses' Roles in Practice. Nephrology Nursing Journal. 2014; 41(1): 15-72.
3. Suwatthipong C. & Cheewakasemsuk A. Unit 13 Digital Technology and Elderly Care Management. In the Study Guide, Course Series 51717, Elderly Care Management. Aree Cheewakasemsuk. (Editor). Nonthaburi: Publishing House Sukhothai Thammathirat Open University. 2018; 13-35. (In Thai)
4. Harper, K. J., & Brewington, J. G.. Diverse Leadership Needed for a Changing World. Nursing Economic. 2022; 40(1): 46-8.
5. Thangkratok P., Cheewakasemsuk A., & Supamas Angsuphachok. Component Analysis of Confirming Digital Competency of Thai Registered Nurses. Journal of Army Nursing. 2019; 20(3): 276-85. (In Thai)
6. Williams, C. A. Nursing Students' Mindsets Matter: Cultivating a Growth Mindset. Nurse Educator. 2020; 45(5): 252-6.
7. Dendera, R., Janda, M., & Sullivan, C. Are we doing it right? We need to evaluate the current approaches for the implementation of digital health systems. Australian Health Review. 2021; 45(6): 778-81.
8. Hanna, M. G., Ardon, O., Reuter, V. E., Sirintrapun, S. J., England, C., Klimstra, D. S., & Hameed, M. R. Integrating digital pathology into clinical practice. Modern Pathology. 2022; 35(2): 152-64.
9. Fahy, K. Why Digital Transformation and Automation Aren't Just Buzz Words in Healthcare Anymore. Journal of AHIMA. 2021. online.
10. Zurawski, L., & Mancini, N. Engaging Your Growth Mindset for a Successful School Year. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2016; 1(16): 91-8.
11. Lewis, L. S., Williams, C. A., & Dawson, S. D. Effect of a mindset training intervention on Bachelor of Science nursing students. Collegian. 2022; 29 (4): 471-6.
12. Emmanuel, E. Get it Right: Growth Mindset for Beginning Nursing Students. Nurse Educator. 2021; 46(3): E44.
13. Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Lawrence, S. A. Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. International Journal for Quality in Health Care. 2014; 26(4): 372-7.

14. Ziadlou, D. Strategies during digital transformation to make progress in the achievement of sustainable development by 2030. *Leadership in Health Services* (1751-1879).2021; 34(4): 375–91.
15. Cutumisu, M., & Lou, N. M. The moderating effect of mindset on the relationship between university students' critical feedback-seeking and learning. *Computers in Human Behavior*. 2020; 112.
16. Lewis, L. S., Williams, C. A., & Dawson, S. D. Growth Mindset Training and Effective Learning Strategies in Community College Registered Nursing Students. *Teaching & Learning in Nursing*.2020; 15(2): 123–7.
17. Artsanthia J, Pitplearn N & Prachyakoon N. Direction of Health care in the pandemic of Coronavirus 2019 in New Normal of Community Nurses. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23 (1):57-64. (in Thai).
18. Saithanu K, Thani S,& Luprasong S. Effect of team-based learning on learning outcomes according to Thai qualifications framework for higher education for nursing students in the topic of the therapeutic relationship. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(3): 343-52. (In Thai)

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว

Life Experiences of Cholangiocarcinoma Patients and Their families

วรยุทธ นาคอ้าย*¹ เวนิกา โนทา² สรวงสุตา ป้องแก้ว³ อรนารถ วัฒนวงษ์⁴

Worayuth Nak-ai*¹ Wenika Nota² Soungsuda Pongkeao³ Oranard Watthanawong⁴

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี ประเทศไทย 20000

¹Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromrajchanok Institute, Chonburi Thailand 20000

²โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ประเทศไทย 55110

²Wiangsa Hospital, Nan Province, Thailand 55110

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน น่าน ประเทศไทย 55000

³Nan Public Health Provincial, Nan Thailand 55000

⁴กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค นนทบุรี ประเทศไทย 11000

⁴Buaeru of Communicable Diseases, Department of Diseases Control, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรตนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายและประสบการณ์เผชิญโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยและญาติเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยและญาติจำนวน 9 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิควิธีของ Colaizzi's ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก

ผลการศึกษาพบว่า (1) ก่อนในดับคือความหมายที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ โรคมะเร็งท่อน้ำดีและเนื้อร้าย คือความหมายที่บ่งบอกความรุนแรงของโรค (2) กลไกการเผชิญกับโรคในช่วงแรกคือความกลัว “ใจหาย” วิดกกังวลและหลังการเยียวยาความกังวลเริ่มผ่อนคลาย ยอมรับและปลง “ตายก็จางมันเตอะ” เกิดการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถบอกต่อได้ (3) การเยียวยาของผู้ป่วยเป็นแบบการแพทย์ผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก (4) ครอบครัว ญาติและชุมชนมีผลต่อการเยียวยาผู้ป่วยโดยเฉพาะมิติด้านจิตใจ การให้ความหมายต่อโรคมะเร็ง การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย จะสะท้อนวิธีการออกแบบการรักษาและการเยียวยาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สอดคล้องกับโลกทัศน์และการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ตามบริบทและวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชนอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี, พฤติกรรมการเผชิญปัญหา, ประสบการณ์ชีวิต, ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This qualitative study in hermeneutic phenomenology was aimed to investigate described meanings and coping experiences of Cholangiocarcinoma patients and their families. Data collecting by purposive sampling of 9 key-participants who were patients diagnosed with cholangiocarcinoma and their families were conducted. Data were collected by in-depth-interview and analyzed using Colaizzi's technique focusing on interpretation of individual's experience.

Corresponding Author: *E-mail: worayuth@scpho.ac.th

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ต.ค. 2564

The result showed that(1) ‘Liver mass’ was the given meaning of cholangiocarcinoma by patients and their families while ‘malignant tumor’ is the meaning of severity. (2) FACT was patients’ coping mechanism. At the beginning, they were fearful or ‘soul losses’, and anxiety but after treatment, they were relieved and accepted their fates. Then, they had adapted and changed their behaviors. Finally, they can teach others. (3) Both modern medicine provided by health professionals, and alternative medicine provided by Thai traditional sectors were their healing choices. (4) Mental support from their families, relatives and community had impact on patients’ healing, especially their minds. Giving the meaning for cancer, learning for adaptation can reflect the treatment and healing plans for health professionals that are relevant to patients and families’ perspectives and perceptions as well as suitable for health cultural context in each community.

Keywords: Cholangiocarcinoma patient, Coping behaviors, Life experience, Cancer’s families

บทนำ

“มะเร็ง” นอกจากเป็นโรคร้ายแรงที่บั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งยังเป็นคำพูดที่บั่นทอนจิตใจของผู้ป่วยญาติและครอบครัวอย่างมหันต์ สังคมไทยพบอุบัติการณ์ และอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับต้นๆ ของสาเหตุการตายหลักในกลุ่มประชากร และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย^{1,2} ปี พ.ศ. 2562 มีรายงานเพศชายพบมะเร็งตับและท่อน้ำดี สูงสุด 19.5 ต่อแสนประชากร ส่วนในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมสูงสุด 40.0 ต่อแสนประชากร พบมากสุดในช่วงอายุ 60-64 ปี ทั้งในเพศชายและหญิง³ ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 88.01 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราการตาย 24.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดสูงสุด 215 รายตามแผนงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย⁴ จังหวัดน่าน พบข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2561 และ 2562 ปีละ 25 ราย และ 28 รายในปี พ.ศ. 2563 โดยพบว่า ในพื้นที่อำเภอเวียงสา มีผู้ป่วยสะสม 21 ราย ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทยคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือที่พบอุบัติการณ์โรคหนองพยาธิสูงมาก คือประมาณ 5.5 ล้านคน²

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม บริบททางสังคมและวัฒนธรรม พฤติกรรมและปัจจัยทางพันธุกรรม อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านพฤติกรรมอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคมะเร็งในประชากร โดยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ

ต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวในระยะเวลานาน ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปอดยังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในภาคเหนือ ส่วนมะเร็งตับโดยเฉพาะมะเร็งท่อน้ำดีกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับซึ่งพบมากขึ้นในภาคเหนือ³ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าและมีวิวัฒนาการสำหรับการรักษาและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจากอัตราการรอดชีพที่สูงขึ้น แต่ในอีกทศวรรษการรับรู้โรคมะเร็งก็ยังคงเป็นโรคร้ายแรงที่น่ากลัวเช่นเดิม ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจเมื่อรับทราบว่าเป็นมะเร็งและส่งผลกระทบต่อร่างกาย⁵ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยรับทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นมะเร็ง มักจะรับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และความตาย

โรคมะเร็งท่อน้ำดีมักพบได้ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เพราะกระบวนการก่อมะเร็งที่บริเวณท่อน้ำดีในตับจะใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 ปีจึงจะตรวจพบก้อนเนื้อร้าย² สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป⁴ ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตความเชื่อ และมีแบบแผนพฤติกรรมจนถึงระยะของการรักษาโรคการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และยังเป็นศูนย์รวมจิตใจของกลุ่มญาติตามบริบททางวัฒนธรรมของสังคมภาคเหนือ ซึ่งรูปแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคเหนือ

โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดน่านยังไม่เคยปรากฏมาก่อน จึงเป็นโอกาสของการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจความเป็นจริง มุมมอง และการให้ความหมาย ผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ ผ่านมุมมองของคนใน (Emic view) ที่เป็นประสบการณ์ตรงที่ลึกซึ้ง⁶ โดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่าง (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ที่สามารถตีความหมายได้ และเชื่อว่าเชื่อว่าบุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษา โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึกรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคลและเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่อาจแตกต่างจากคนอื่นผ่านมุมมองเชิงวิพากษ์ทางสังคมศาสตร์สุขภาพ และวัฒนธรรมสุขภาพของพื้นที่อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบรูปแบบการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต และประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเวียงสา

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยและญาติมีประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์การเผชิญต่อโรค และการจัดการเพื่อการเยียวยาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายถึงประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด⁷ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลังได้รับทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นในชีวิตผู้ป่วย การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และการเยียวยาทั้งในมิติการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก ตามทฤษฎีระบบ (System theory) เมื่อระบบย่อย (Sub system) ร่างกายและจิตใจ และระบบใหญ่ (supra system) คือสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดภาวะขาดสมดุลจึงเกิดการปรับตัว⁸ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง

ท่อน้ำดีที่ต้องเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตและเรียนรู้เพื่อการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติได้อย่างสมดุล

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ จำนวน 3 รายและครอบครัวจำนวน 6 ราย ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน โดยผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) โดยผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยจะมีประสบการณ์จากการวินิจฉัย และการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการและการแพทย์ทางเลือกในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ผู้ป่วยหรือญาติรับรู้การวินิจฉัยโรค “มะเร็ง” จากแพทย์ผู้ให้การรักษา

และมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์ โดยประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้การดูแลในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง และญาติมีความยินดีและสมัครใจให้ผู้ศึกษาสัมภาษณ์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ที่นักวิจัยสร้างขึ้นที่ครอบคลุมตามโจทย์การวิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติชีวิตและบริบทชุมชน แบบแผนพฤติกรรมกรมการบริโภค การเจ็บป่วยและการเยียวยา เจาะใจของการเจ็บป่วยและการเยียวยา และการเปลี่ยนแปลงหลังการเจ็บป่วยเพื่อให้ทราบความหมายแนวคิด การให้คุณค่าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดำเนินงานเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 3 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 2 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย ก่อนนำไป

สู่การสร้างความเข้าใจสำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะผู้วิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือหลัก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยมีแนวคำถาม กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูล สะท้อนประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยใช้เทคนิคการทวนความ โดยทีมนักวิจัย สรุปความและสะท้อนคิด และการขอให้ผู้ป่วย และญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแนวคำถามจะมีลักษณะยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกหรือเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ชีวิต และมุมมองต่อการเจ็บป่วยอย่างอิสระ โดย ทีมผู้วิจัยใช้ภาษา “คำเมือง” เป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเกิดเป็นกันเอง ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล: หลังจากได้รับการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มอาสาสมัคร ในการวิจัย ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อ ขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หลังจากทีมวิจัยได้แนะนำตัวเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และได้รับความยินยอม ของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยลักษณะ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้วิจัย 2 คนร่วมกัน สอบถาม ชวนคุย ทวนสอบ และ สะท้อนคิดและตรวจสอบ ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมกันกับผู้ป่วยและญาติ (Interactive question) และขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการ สนทนา พร้อมทั้งการบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มสำหรับญาติ ดำเนินการเก็บ ข้อมูล 1 ครั้ง 60 นาที การสัมภาษณ์ทั้งหมดเกิดขึ้นในบ้าน ของผู้ป่วย เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูลและญาติ และเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลทันทีในขณะการสัมภาษณ์เพื่อสร้างความคำถามสืบเนื่อง หรือ คำถามรองระหว่างการสนทนา และการวิเคราะห์หลังจาก เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นการสนทนาเชิงการอภิปรายแลกเปลี่ยนร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จาก Field note หลังจากนั้นนักวิจัยจะวิเคราะห์ความสมบูรณ์ ของข้อมูลจากการถอดความจากเทปบันทึกเสียงภายหลัง การสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ในลักษณะการแกะรอยข้อมูลและ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นตามแนวทางของ

Colaizzi¹⁰ สำหรับรายงานผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปล ภาษาพูดของกลุ่มตัวอย่างเป็นภาษาไทยกลางเพื่อให้สอดคล้อง ความเข้าใจ ของผู้อ่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ COA.NO 2020/T9 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2563 เมื่อผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษายินยอมเข้าร่วม การวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้สึกไม่สะดวกใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจาก การวิจัยได้ทันที

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งตับมาแล้ว 2-5 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ผู้ป่วย 2 รายยังคงประกอบอาชีพค้าขายอาหาร ส่วนอีก 1 รายอยู่ในวัยชราไม่สามารถประกอบอาชีพได้และ อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีคนดูแล ผู้ป่วย 2 รายสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อีก 1 รายสำเร็จการศึกษาระดับ ปวช.

วิถีชีวิตและประสบการณ์เดิม ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอ ประสบการณ์ผ่านช่วงเวลาของก่อนการเกิดโรคมะเร็งของ ผู้ป่วย และครอบครัวโดยนำเสนอประเด็นเชิงพฤติกรรม ความเชื่อ โรคประจำตัว ดังนี้

กิน ต้ม สุก ก่อนการวินิจฉัย ผู้ป่วยใช้ชีวิตตามปกติ คือ มีการประกอบอาชีพตามปกติด้วยบริบทของอาชีพเป็น ปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ผู้ป่วยรหัส CA1 ทำอาชีพเป็นพ่อค้าขายเนื้อสดที่ฆ่าแหละเอง ดังนั้นรูปแบบการใช้ชีวิตจึงผูกพันอยู่กับการทานอาหารปรุงดิบ และต้มเครื่องต้ม แอลกอฮอล์ร่วมกัน “อดีตอาหารที่ชอบที่สุดเป็นลาบเนื้อ ส้า เหล้าไม่เคยขาด...ต้มไม่เยอะแต่บ่อย เหล้าชาวบ้านเรา” (CA1) ในขณะที่ผู้ป่วยรหัส CA2, CA3วิถีชีวิตในช่วงวัยแรงงาน มีอาชีพรับจ้างตามไร่เช่นเก็บข้าวโพดและรับจ้างเลี้ยงไก่ ซึ่งมีจะมียุ่งและเริ่มสร้างความรำคาญและรบกวนการทำงานจึง ต้องสูบบุหรี่ตามเพื่อนชวนเพื่อโล้เรียน และยุ่ง “ไปทำงานที่สวน กำนันxxxไปเก็บข้าวโพด ยุ่งมันเยอะเขาชวนสูบ” CA2

เหล้ากับพยาธิ ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีกับการดื่มเหล้าพร้อมกับการกินอาหารปรุงดิบโดยสะท้อนว่าเหล้าไม่ได้มีส่วนในการฆ่าพยาธิในการทานอาหารปรุงดิบ แต่การทานอาหารปรุงดิบก่อนที่จะดื่มเหล้านั้นจะเป็นการดูดซึมเหล้าในกระเพาะอาหารในชั้นต้น เพื่อไม่ให้เหล้าที่ดื่มมันกัดกระเพาะอาหาร “มันอร่อยนะครับถ้ากินพร้อมกัน เหล้ากับลาบดิบ..เหล้าฆ่าพยาธิไม่ได้...เวลาดื่มเหล้าแล้วกินดิบลงไปมันจะเคลือบกระเพาะ..มันเหมือนมีของอยู่ในกระเพาะเวลากินเหล้าเข้าไปมันจะช่วยไม่ให้ (เหล้า) กัดกระเพาะ มันกัดเนื้อดิบแทน” CA1 ในขณะที่วัฒนธรรมอาหารของครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสริมหนึ่งของการมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ อีกทั้งบริบททางสังคมและกลไกของภาครัฐในปัจจุบันถือเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการเข้าถึงแหล่งผลิตหรือจำหน่ายสุราในชุมชนได้มากขึ้น “เหล้าดื่มซื้อในหมู่บ้านมีขายตลอด มีทุกบ้าน สรรพสามิตเขาก็สนับสนุนเสียภาษีก็ขายได้แล้ว” (อสม. CA1)

ก้อนเนื้อ ซีสต์ ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการหรือข้อสงสัยว่าเป็นมะเร็งในระยะแรก และเป็นการตรวจพบโรคระยะระหว่างกระบวนการรักษาของโรคอื่นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคระยะแรกได้รับการรักษาตามแนวทางที่แพทย์ผู้รักษาวางแผนไว้โดยผู้ป่วยรหัส CA1 เริ่มต้นด้วยมีอาการปวดหลังซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น กระดูกทับเส้นและไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยผลจากการเอกซเรย์นั้นแพทย์พบก้อนเนื้อที่ตับ “หมอว่าน่าจะเป็นกระดูกทับเส้น ก็รักษาไปเรื่อยๆ ตลอด 3-4 ปี หลังๆ มาก็อัลตราซาวด์และ เอกซเรย์ก็เจอก้อนเนื้อหมอมว่าเป็นก้อนที่ส่งไปอายุรกรรม” (ภรรยา CA1) ส่วนผู้ป่วยรายที่สองรหัส CA2 พบว่ามีก้อนเนื้ออกบริเวณหน้าอกและก้อนเนื้อเริ่มโตขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่มีอาการเจ็บหรือปวด และหมอมวางแผนการรักษาให้ตัดก้อนเนื้อออก “หมอว่าเป็นซีสต์ ผ่าออกแล้วหมอบอกว่าก้อนเนื้อแต่ยังไม่ร้ายแรง มันขึ้นมาเอง ช่วงแรกมันก้อนเล็กๆ แล้วมันโตขึ้นก็ผ่าออก” (CA2, บุตรชาย CA2)

การรับรู้และการเผชิญต่อโรคมะเร็ง

เข้าอ่อน ใจหาย กังวล การเผชิญกับความจริงของโรคมะเร็งในทัศนะของผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าการวินิจฉัยมีความรุนแรง และเกิดความกลัว จากโรคมะเร็ง “หมอบอกว่าเจอก้อนมันตื้อเลยครับในใจคิดว่าคงจะไม่รอดแล้ว (หัวเราะ)” (CA1) “ใจหาย... (หัวเราะ) เข้าอ่อนเลยตอนนั้นใจมันก็ห่อเหี่ยวไปหมด” (ภรรยา CA1) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความรู้สึกกังวลต่อครอบครัว “ช่วงแรกๆ เป็นห่วงก็ไหนจะลูกไหนจะเมีย” (CA1) ด้วยประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ และ

เพื่อนบ้านที่มีโรคมะเร็งร่วมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยจึงได้ข้อสรุปว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและผู้ป่วยคงต้องตาย “ช่วงแรกใครๆ ก็คิดว่าไม่รอดแน่ผอมมาก” (CA1) “ส่วนมากเห็นเขาเป็นมาแล้วก็ไม่มีใครอยู่ได้นาน” (ภรรยา CA1)

ปลง ตายก็ช่างมัน ความรู้สึกหลังจากที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ จะเริ่มคลายความกังวลและความกลัวลง หลังจากที่ได้ตัดสินใจผ่าตัดเนื้องอกและยอมรับสภาพที่อาจจะเกิดขึ้น “ตอนผ่าไม่ตื่นเต้น หมอว่าผ่าก็ตายไม่ผ่าก็ตาย...ตายก็ช่างมันบอกหมอไปอย่างนี้” (CA2) ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้กับการผ่าตัดและความกังวลเริ่มลดลงเมื่อตรวจพบก้อนเนื้ออีกในครั้งที่สองและครั้งที่สาม “หลังจากนั้นไปเจอถุงน้ำนอกปอดหมอก็ให้ไปผ่าอีกครั้งเพื่อเอามาพิสูจน์แต่ก็ไม่ใช่เนื้อร้าย” (บุตรชาย CA2) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ลงเยี่ยมบ้านและพูดคุยกันอย่างเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ติดต่อแบบไม่เป็นทางการเมื่อมีความกังวลใจหรือต้องการคำปรึกษาเป็นปัจจัยสนับสนุนให้คนไข้และญาติได้คลายความกังวลของอาการป่วยลงได้ “มีปัญหาที่โทรตรงหาหมอ ...เลยขอคำปรึกษาเขาเลย” (ภรรยา CA1, ลูกสะใภ้ CA3)

เส้นทางเยียวยาและทางเลือก

สู่ขวัญ สงเคราะห์ รดน้ำ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีการเลือกวิถีการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้านมาเพื่อการเยียวยาร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนกระบวนการเยียวยาด้วยการแพทย์พื้นบ้านว่าเป็นส่วนสนับสนุนให้มีกำลังใจที่ดีขึ้นซึ่งรูปแบบการเยียวยาของทั้ง 3 กรณีมีลักษณะที่คล้ายกันคือการส่งเคราะห์ การรดน้ำ การทำพิธีเรียกขวัญ (บายศรีสู่ขวัญ) ตามครรลองของวัฒนธรรมท้องถิ่น “หลังผ่าตัดได้สู่ขวัญ 1 ครั้ง สงเคราะห์ รดน้ำไปทำที่วัดบ้านใหม่ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจ” (ภรรยา CA1) (CA2) กระบวนการดังกล่าวส่งผลในมิติจิตใจของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยสะท้อนความคิดเห็นหลังกระบวนการเยียวยาว่าทำแล้วรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น/รู้สึกดีขึ้น “มันก็เสริมกำลังใจขึ้นมา หลังจากรดน้ำ หลายคนบอกว่าทำให้หาย เราก็มีกำลังใจดีขึ้นมา” (CA1) (ภรรยา CA3, ลูกสะใภ้ CA3)

กัญชา มิน เบลตตลอดทั้งวัน (ขี้หนูนาขี้ตำป้อม)

กัญชา เป็นตัวเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติเลือกเพื่อเสริมการรักษา การใช้กัญชาเพื่อการรักษาามีวิธีการสองลักษณะคือการต้มใบสดดื่มในลักษณะชาใบกัญชา ซึ่งภรรยาจะเป็นผู้จัดเตรียมโดยการต้มใบกัญชาให้กับผู้ป่วย และการหยอดน้ำมันกัญชา ซึ่งผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าผลดีของกัญชาคือทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีและทานอาหารได้มากขึ้น “ที่มันช่วยได้มันช่วยทาน

ข้าวได้ดี กินได้ หลับดี ถ้าหยุดแล้วหัวถึงหมอนหลับเป็นตาย” (CA1) “ดูดีแข็งแรงขึ้นมา กินข้าวได้ เดินออกกำลังกายได้ ทำให้พี่ได้เดินออกกำลังกายไปพร้อมกัน” (ภรรยา CA2)

การเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา

“โรคที่ไม่น่ากลัว ปลง” หลังการรักษาและผู้ป่วยและญาติมีมุมมองต่อโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไปนอกจากความวิตกกังวลในช่วงแรกของการวินิจฉัยที่เริ่มคลี่คลายลง ด้วยลักษณะของคนที่มีความแข็งแรงมากขึ้นเมื่อเทียบกับมุมมองก่อนการรักษา “ก็เป็นโรคที่ไม่น่ากลัว ผมว่านะเท่าที่ผมเป็นมาก็ไปหาหมอรักษาไปตามอาการ” (CA1) หลังภาวะวิกฤติด้านการเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วยสะท้อนว่ามีความเข้าใจตนเองมีความรู้สึก “ปลง” กับชีวิตและการเจ็บป่วย “ปลง คือว่า อยู่กันไปอย่างนี้ จะตายก็แล้วไป” (CA1) (CA2)

การกินอาหารเปลี่ยนไป หลังการรักษาผู้ป่วยและญาติสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เลิกพฤติกรรมการกิน ดื่ม ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยสะท้อนว่าถึงเวลาที่ต้องหยุดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม “การกินอาหารเปลี่ยนไป ออกกำลังกายทุกวันตอนเช้า น้ำหนักขึ้น กินข้าวอร่อย น้ำตาลคุมได้ดี รู้สึกดีขึ้น สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจากการผ่าตัด สิ่งที่เปลี่ยนคือไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เปลี่ยนไปหมดเลยครับ” (CA1) เปลี่ยนรูปแบบเมนูอาหารเป็นการทานอาหารประเภทผัก และปลา มากขึ้น โดยลดการกินอาหารที่ปรุงจากเนื้อลงซึ่งรูปแบบการกินอาหารนี้ยังส่งผลไปยังสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย “แะจะกินเห็ด กินผัก เห็ดนี่แะจะกินตลอด เนื้อวัวควายไม่กินเลย 3-4 ปีมาแล้ว ปลานี่กินแทบทุกวันงดไปเลยคือเนื้อ ปลา ร้า กะปิ ไม่กินเลย เมื่อก่อนกินทุกวัน ทุกมื้อ... พี่ก็กินด้วย ลูกๆ ก็เหมือนกัน” (ภรรยา CA1, ลูกสะใภ้ CA3)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลพลอยได้จากการรักษาโรคมะเร็งของกลุ่มผู้ป่วยคือ รูปแบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่มีความเป็นปึกแผ่นมากขึ้น “หลังๆ ชีวิตครอบครัวก็ดีขึ้นตั้งแต่แก่ป่วย ถ้าไม่ป่วยไม่รู้จะอย่างไร (หัวเราะ)” (ภรรยา CA1) ด้วยปัจจัยสืบเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยส่งผลให้มีความสงบทางด้านจิตใจมากขึ้นให้ความสนใจธรรมะและทำบุญมากขึ้น “หลังๆ มาคิดได้ก็เลยปล่อยวาง ทำบุญไป พี่สาวไปทำบุญได้หนังสือธรรมะมาให้ก็อ่าน เมื่อก่อนไม่สนใจเลย วัดก็ไม่เคยไปตอนนี้หันมาเข้าวัดบวช (หัวเราะ)” (CA1) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นสะท้อนได้จากเพื่อนบ้านที่สังเกตเห็นพฤติกรรมและความอบอุ่นใน

ครอบครัวของผู้ป่วย “เดี๋ยวนี้ก็ดีขึ้นมีความเข้าใจกันดีขึ้น มันไม่มีเหล้าก็ดีขึ้น” (ภรรยา CA, อสม. CA1)

ตกผลึกความคิด ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ป่วยและคนในครอบครัวทั้งในมิติของการเรียนรู้พฤติกรรมที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยหรือคนในชุมชนได้ “สาเหตุการเจ็บป่วย น่าจะเพราะเหล้านะ ครบดื่มเยอะ สุกหรืหนัก สามารถบอกคนอื่นได้เลย” (CA1) และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ “จัดระเบียบชีวิตเวลาการทำงานการออกกำลังกาย ต้องมีเวลาให้ร่างกาย พักผ่อนและออกกำลังกายเป็นเวลา” (CA1) การเรียนรู้ที่จะเผชิญและหาทางเลือกเรื่องการรักษา การเรียนรู้ที่ปฏิเสธในขณะที่อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง “บางครั้งเพื่อนมาเยี่ยมหรือไปหาเพื่อนก็นั่งมองดูเขาดื่มแค้นครับ” (CA1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิต การศึกษานี้สะท้อนสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งด้วยพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพมักสอดคล้องกับบริบทของการใช้ชีวิตประจำวัน หรือ การประกอบอาชีพ เช่นผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพค้าขายเนื้อสัตว์ที่ต้องฆ่าและเอง จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปรุงดิบร่วมกับ การดื่มสุราเป็นประจำ ประกอบกับความเชื่อของผู้ป่วยที่สนับสนุนพฤติกรรมทานดิบ ร่วมกับการดื่มเหล้า โดยเชื่อว่าเนื้อดิบที่ทานลงไปช่วยดูดซึมเหล้าไม่ให้กักกระเพราะอาหาร ทานดิบเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถรับประทานได้ เนื่องจากการกินที่มีมาแต่บรรพบุรุษกินตามพ่อแม่กินแล้วยังไม่เห็นเกิดการเจ็บป่วยใดๆ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ยังคงนิยมกินปลาดิบเนื่องจากมีรสชาติอร่อย¹¹ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ต้องทำงานรับจ้างในไร่หรือรับจ้างเลื่อยไม้จำเป็นต้องสูบบุหรี่เพื่อการไล่ หรือกำจัดยุงและไรไร ที่สร้างความรำคาญในช่วงปฏิบัติงาน อีกทั้งบริบททางสังคมที่เสริมให้เกิดการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มประเภทเหล้าขาว ได้อย่างเสรีมากขึ้นเมื่อหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนและส่งเสริมในเชิงการผลิตและการค้าขายที่ถูกต้องตามกฎหมายจึงทำให้มีสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอ¹²

ประสบการณ์การเผชิญโรค

การเผชิญความกังวล ความกลัว¹³ หลังจากได้รับรู้ผลการวินิจฉัยเป็นภาวะที่พบได้ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึก

ดังกล่าวเชื่อมโยงกับการรับรู้ความรุนแรงและการให้ความหมายต่อโรคมะเร็งในทิศทางของ “ความตาย” และ “ความทุกข์ทรมาน” ทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัว การเผชิญต่อโรคที่แสดงออกมาด้วยความกลัวและความวิตกกังวลนั้น เมื่อใครก็ตามที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีความรู้สึกตกใจอย่างมากและรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตกลัวตายเพราะรู้สึกถึงความตายอยู่แค่เอื้อม¹⁴ การให้ความหมายต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มผู้ป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและท้ายที่สุดต้องรอวันตาย¹¹ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้นำครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งจะมีความกังวลและเป็นห่วงต่อความมั่นคงของครอบครัว ด้วยประสบการณ์เดิมที่ได้พบเห็นและเรียนรู้จากผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนที่ได้ข้อสรุปว่า ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตโดยในสังคมไทยให้ความหมายต่อความตายเป็นเรื่องอัปมงคลเป็นลางร้ายและเป็นเรื่องที่ไม่ควรหยิบมาพูดถึง¹⁵

ประสบการณ์การเยียวยา : การแพทย์ผสมผสานกับการเยียวยา ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้พึ่งพากระบวนการรักษาตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังแสวงหาการเยียวยาด้วยแนวทางอื่นๆ ทั้งการแพทย์ทางเลือก คือการรักษาด้วยสมุนไพรเช่น งาดำ และกัญชา ที่ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ผลกระทบของการใช้กัญชาและสามารถปรับขนาดการใช้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง และการแพทย์พื้นบ้านด้วยรูปแบบการรักษาผ่านพิธีกรรม และความเชื่อเรื่องชะตาอายุ และการแก้กรรม ที่ผู้ป่วยให้ข้อสังเกตว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เสริมให้มีกำลังใจที่ดีขึ้นหรือ ส่งเสริมสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นในการต่อสู้กับอาการทางกาย แนวทางการรักษาและการเยียวยาของผู้ป่วยและญาติสะท้อนแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและมักประกอบไปด้วย การดูแลด้วยระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ ระบบการแพทย์พื้นบ้านและ การแพทย์ภาคประชาชนที่ผสมผสานและกลมกลืนกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมของท้องถิ่น¹⁶ การเลือกวิถีสุขภาพภายใต้ระบบคิดของวัฒนธรรมสุขภาพที่ดำรงอยู่ จึงให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการกระทำและการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญปัญหาสุขภาพทั้งในแง่ของอารมณ์ความรู้สึกการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และการเลือกทางออกให้แก่ปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับพวกเขาตามจริตของเขา¹⁷

ประสบการณ์การเยียวยา : ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว สถาบันครอบครัวนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบการเยียวยา ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะมิติด้านจิตใจได้รับการหนุนเสริม

มาจากสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความสำคัญต่อการรักษาและการเลือกแบบแผนการรักษาที่หลากหลายวิธีเพื่อเสริมสร้างพลังใจให้กับผู้ป่วย ในการศึกษาพบว่าครอบครัวไม่ได้ก่อให้เกิดผลลบต่อความมั่นคงของสถาบันครอบครัวแต่การเจ็บป่วยยังเป็นการหนุนเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งมากขึ้นโดยเฉพาะประเด็นความเป็นปึกแผ่นในเชิงความรู้สึก (Affectual Solidarity) และความเป็นปึกแผ่นเชิงสัมพันธ์ (Associative Solidarity)¹⁸ โดยในกระบวนการเยียวยาและการรักษานั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัวซึ่งได้แก่ ภรรยา บุตร หลาน และสมาชิกอื่นๆ ในชุมชนซึ่งเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมและตามวัฒนธรรมท้องถิ่นที่กำหนดปัจจัยทุนทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับการมีครอบครัว¹⁹

ประสบการณ์การเรียนรู้ : ผ่านการเจ็บป่วย การปรับตัวและการเรียนรู้ของผู้ป่วยจากการเผชิญโรคระยะแรกคือมีความกลัว วิตก กังวล และเริ่มคลั่งคลายลงหลังกระบวนการรักษาพยาบาลที่เห็นผลที่ดีขึ้น สะท้อนจากการบอกเล่าที่ชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางด้านกายภาพของร่างกาย ความสุขทางใจ ความสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เกือบเป็นปกติ และการเรียนรู้ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง ประสบการณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยตามกระบวนการเผชิญปัญหา (cognitive appraisal) ผ่านปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มตรวจพบความผิดปกติ ทราบผล จนอยู่กับการเจ็บป่วยและกระบวนการเผชิญปัญหา (coping) ผ่านการจัดการกับสถานการณ์ในแต่ละระยะเวลา การจัดการด้านความคิด ความรู้สึกของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น⁷ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การยอมรับการเจ็บป่วย การพักผ่อน ปฏิบัติตามแผนการรักษา และปรับตัวให้อยู่กับสภาพที่เป็นอยู่²⁰ ในขณะเดียวกันการสื่อสารสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลงได้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม²¹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบของตัวแปรได้ คือ FACT คือ ผู้ป่วยเผชิญความกลัวจากการรับรู้เรื่องโรคในช่วงแรก

หลังจากได้รับการรักษาความกลัวเริ่มคลี่คลายและยอมรับสภาพของการเจ็บป่วย “ปลง” และเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 3 ประเด็น ได้แก่

1. การจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติ ในช่วงของการเผชิญปัญหาในระยะแรก ซึ่งนับว่ามีความรุนแรงค่อนข้างสูง ดังนั้นการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาตินับเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรให้การดูแลและสนับสนุนโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

2. แนวทางการรักษาของผู้ป่วยและญาติ คือมีการแพทย์ผสมผสาน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเข้าใจวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน และผู้ป่วยเพื่อการบูรณาการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเกื้อหนุนการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของท้องถิ่นและวัฒนธรรม

3. การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ของผู้ป่วย และเผยแพร่ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นบทเรียนจากชีวิตจริงของผู้ป่วยให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรค หรือการเสริมพลังให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในกระบวนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยและญาติเป็นต้นแบบ (Role model) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสร้างการเรียนรู้สำหรับประชาชน และผู้ป่วยในคลินิกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการเลือกการแพทย์ทางเลือก ประเภทการแพทย์การพื้นบ้าน ร่วมกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาเชิงลึกในประเด็นดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาในมิติวัฒนธรรมสุขภาพ ความเชื่อ และแบบแผนการเยียวยาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคอีสาน เพื่อให้เห็นมิติสังคมพหุวัฒนธรรมการแพทย์ที่ยังคงอยู่ในสังคม

References

1. Imsamran W, Chaiwerawatthana A, Thanasitthichai S, Loawahutanont P, Seangkrajang S, Suphaattakorn P, et al. Cancer cited in Thailand Medical Services Profile 2011-2014 1sted. Nonthaburi: Department of Medical service. 2014. (in Thai)
2. Phoncharoen R, Banchob Sripa B., Bundhamcharoen K. The Burden of Cholangiocarcinoma Attributable to Liver Fluke Infection in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2018; 12 (3): 490-9. (in Thai)
3. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2019. Bangkok: Newthammada Publishing. 2020. (in Thai)
4. Division of Communicable Diseases. The incidence of Cholangiocarcinoma and Liver fluke infection at Nan province. Nonthaburi: Division of Comunicable Diseases. 2020. (in Thai)
5. McGee R.F. Overview: Psychosocial aspects of cancer. In Groeneald,S.L., et al. Cancer nursing principle and practice. 3rded. Boston: Jones and Bartlett publishers. 1993.
6. Janthavanich S. Data Analysis in Qualitative research. Bangkok: Chulalongkorn University publishing. 2016. (in Thai)
7. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer. 1984.
8. Khumkom S. Coping experience of patients with breast cancer. Thai Red Cross Nursing Journal.2019; 12(1): 161-76. (in Thai)
9. Nak-ai W, Jiawiwatukul U, Temsirikulchai L, Nontapattamadul K. Community public policy process for solving cadmium contamination problems in the environment: A case study of Mae Sod District, Tak Province. Kasetsart Journal of Social Sciences. 2017; 39: 59-66.
10. Plodplueng A. Data analysis in Phenomenology. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2013; 23(2): 1-10. (in Thai)
11. Pamulila S, Sangchart B, Paprom W. The self-care experience of Cholangiocarcinoma patients and Families. Journal of Science and Technology UbonRatchathani University. 2019; 21(1): 146-54. (in Thai)

12. Kuha P. Factors related to alcohol drinking of female undergraduate university students, Chiang Mai province. [Independent Study/ Master Degree]. Chiang Mai: Graduate School Chiang Mai University. 2015. (in Thai)
13. Thasaneesuwan S, Nilmanat Th. Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. Songklanakarin J. Nuuse. 2019; 39(4): 110-9. (in Thai)
14. Olson M. Healing the dying. Columbia: Delma Thomson Learning. 2001.
15. Pungrasamee T. Palliative care: Caring for pain relieve the way for relieve distress. Bangkok: Pimdee. 2001. (in Thai)
16. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. London: University of California. 1989.
17. Kweansungnern M, Sankatiprapa K, Pipatpen M. Applying of Critical Autoethnography to Aesthetic of Self-Care by People with Epilepsy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 294-305. (in Thai)
18. Bengtson V. L., Olander E. B., Haddad A. A. The “generation gap” and aging family members: Toward a conceptual model. In Gubrium J. F. (Ed.), Time, roles, and self in old age (pp. 237-263). New York, NY: Human Sciences Press. 1976.
19. Sutinyamanee V. Intergenerational family Solidarity among Hill Tribe People in Northern Thailand. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2017. (in Thai)
20. Vudhironarit S., Pommala W., Satthathummarak A. Self-Care Experience of Bed-bound Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 252-61. (in Thai)
21. Saikaew S, Tanatwanit Y, Kunsongei W. Effective Communication between Nurses and Advanced Cancer Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 93-101. (in Thai)

การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ Nursing Management during the COVID-19 Pandemic at Samutprakarn Hospital

อารีย์วรรณ อ่วมตานี*¹ อำพันธุ์ พรมีศรี² ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล³ จงจิตร รัยมธุรพงษ์²
Areewan Oumtaneer*¹ Ampun Pornmesri² Teepatad Chintapanyakun³ Jongjit Raimaturapong²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย 10330

¹Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand 10330

²โรงพยาบาลสมุทรปราการ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 10270

²Samutprakarn Hospital, Ministry of Public Health, Thailand 10270

³คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย 10400

³Faculty of Medicine Ramathibod Hospital, Mahidol University, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลที่มีประสบการณ์บริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ผู้วิจัย ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีเครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) อุปกรณ์บันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกช่วยจำ และ 4) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ Creswell และ Poth

ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลังและความพร้อมของบุคลากร 2) การจัดการสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ 3) การนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และ 4) การจัดสรรสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

ผลการวิจัยนี้ทำให้เข้าใจการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 มากขึ้น และผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมแผนรองรับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในอนาคต

คำสำคัญ: การบริหารจัดการทางการพยาบาล, สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This research was a qualitative research. The purpose of this study was to describe nursing management during COVID-19 pandemic, Samutprakarn Hospital. The informants were 15 nurses who had experience in nursing management during COVID-19 pandemic. The tools used consisted of researchers who were an important interview tool. and collect data manually. There were other tools to help collect data, namely 1) audio recording devices, 2) personal data recording forms, 3) memo forms, and 4) interview questions. Data collection was done using in-depth interviews. The data were analyzed by using content analysis of Creswell's and Poth's method.

The finding of nursing management during COVID-19 to achieve its goal consists of 4 main themes: 1) manpower and readiness of personnel 2) Management of places and medical equipment used in providing services, 3) Apply management principles to work, 4) allocation of compensation for morale and encouragement.

The study finding makes more understanding of nursing management during COVID-19 pandemic and nurse executives can used as a guideline for preparing plans for future viral outbreak.

Keywords: Nursing management, COVID-19 pandemic, Qualitative research

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกในช่วงเวลานี้ กระทรวงสาธารณสุขของไทยประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงอันดับที่ 14 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 กำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต่างเร่งพัฒนาค้นหาแนวทางการรักษาและพัฒนาวัคซีนที่จะใช้สำหรับป้องกันโรค¹ การระบาดใหญ่ของ โควิด 19 ทำให้ความต้องการบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 19 ที่มาตรวจคัดกรอง และผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ทั้งที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง พยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน การติตรทางสังคม และได้รับความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ² ในยุคของการระบาดของโรคอุบัติใหม่ การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่จะรับมือกับ

สถานการณ์ดังกล่าว³

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นหน่วยงานที่ต้องเผชิญกับความท้าทายและอุปสรรคในการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 มากมาย ต้องอาศัยทั้งหลักการบริหารจัดการองค์ความรู้ และความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จด้วยดี เนื่องจากในขณะนั้นโรงพยาบาลสมุทรปราการมีผู้ป่วยที่ต้องรับผิตชอบดูแลทั้งหมดเกือบ 2,800 คนต่อวัน ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนักและเหนื่อยมากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แต่ทุกสิ่งทุกอย่างก็ผ่านไปได้ด้วยดี ท่ามกลางอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ป้องกัน การติดเชื้อและบุคลากรมีจำนวนจำกัด ภาระงานเกินอัตรากำลัง และเกินขีดความสามารถของบุคลากรที่จะรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นเสมือนบทเรียนที่ควรค่าแก่การศึกษาว่า กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 อย่างไรจึงทำให้การดำเนินการให้บริการผู้รับบริการสำเร็จลุล่วงภารกิจไปได้ด้วยดี ซึ่งปัจจุบันยังไม่สามารถศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำราหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน เนื่องจากบริบทการทำงานและนโยบายการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวของแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน

ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมในการค้นหาการบริหารจัดการกับสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 จากผู้มีประสบการณ์ตรงจากสถานการณ์ดังกล่าว ผลการวิจัยที่ได้จะทำให้เข้าใจการบริหารจัดการของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลดังกล่าวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 และได้ข้อเสนอแนะในการเตรียมแผนรองรับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ

คำถามการวิจัย

การบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Narrative research⁴ ซึ่งเป็นวิธีการได้ข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นหลัก วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา นำผลการวิเคราะห์มาสรุปเป็นข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูล เป็นบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 และ 2) ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 คน ได้แก่ รองหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 4 คน หัวหน้ากลุ่มควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีเครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) อุปกรณ์บันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกช่วยจำ และ 4) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการหมายเลขรับรอง Oq01364 เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2564 และหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ประสานงานโครงการวิจัย เพื่อขอรายชื่อและช่องทางการติดต่อบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่มีตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อ ผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์ รวมถึงขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกระยะของการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากขออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์จากคำถามกว้างๆ ซึ่งเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการสัมภาษณ์การทำงานในสถานการณ์โควิด 19 และเริ่มเข้าคำถามเจาะลึก 2 คำถาม ได้แก่ “ในสถานการณ์โควิด 19 ท่านดำเนินการให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 อย่างไร” และ “มีเหตุการณ์ใดที่ต้องบริหารจัดการเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายบ้าง” ส่วนคำถามอื่นๆ จะเกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ตามบริบทของเนื้อหาที่ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้อยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 บุคลากรในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์หลายครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจดบันทึกใจความสำคัญเพื่อใช้ในการถามคำถามต่อไปเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้นในการสัมภาษณ์ครั้งเดียว การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 30-45 นาที ต่อราย หลังสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปแบบคำต่อคำ การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 15 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหาด้วยวิธีการของ Creswell and Poth⁴ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป

มาอ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเน้นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์โควิด 19 จากนั้นถึงประโยคหรือข้อความที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษามำกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) จัดรหัสข้อมูลที่เหมือนกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน แล้ววิเคราะห์เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากนั้นเขียนเค้าโครงคำอธิบายพร้อมนำตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์มาใช้อ้างอิงในการเขียนผลการวิจัย

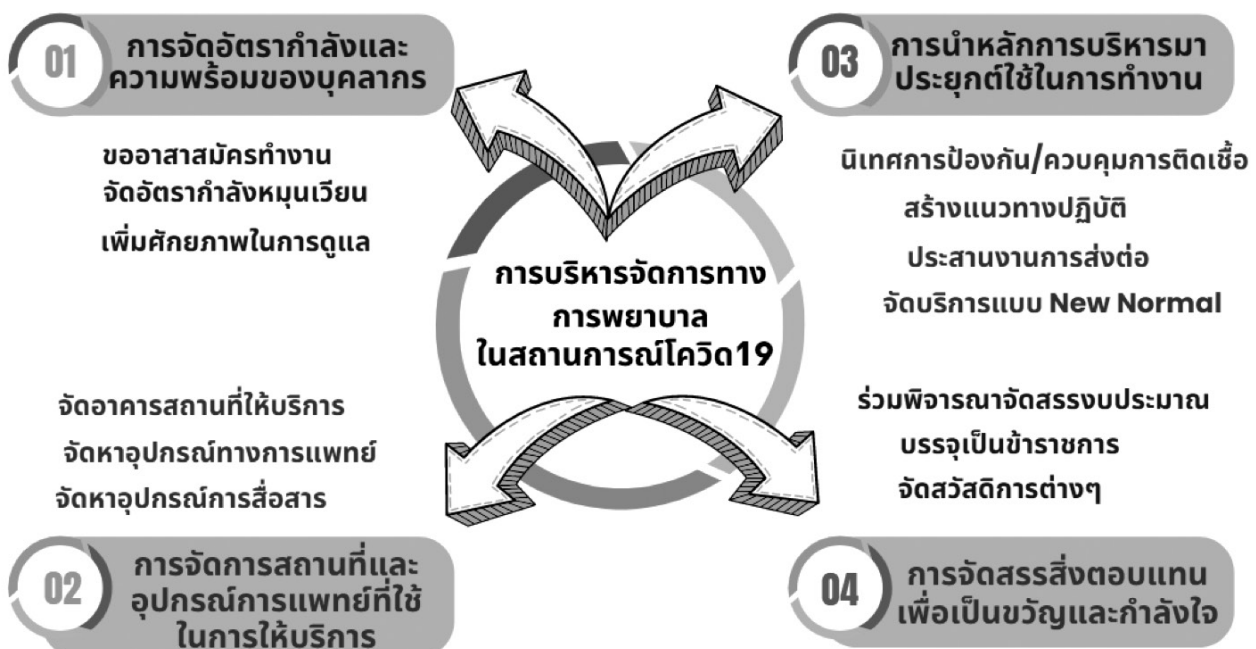
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Guba and Lincoln⁵ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบ พบว่าไม่มีการแก้ไขข้อมูล 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เมื่อผู้อ่านอ่านบทความวิจัยแล้ว มองเห็นถึงประสบการณ์การบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์โควิด 19 ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดประเด็นต่างๆ ที่เป็นผลการวิจัย 3) ความสามารถในการ

พึ่งพา (Dependability) โดยการใช้ผู้วิจัยหลายคนในการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับกัน ผลการวิจัยที่ได้จากทีมผู้วิจัยมีความสอดคล้องกันและ 4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกเสียง การถอดเทป และการบันทึกช่วยจำว่ามีความสอดคล้องกัน และมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สาระสำคัญของการบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ให้สำเร็จบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลังและความพร้อมของบุคลากร 2) การจัดการสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ 3) การนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน และ 4) การจัดสรรสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : การบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19

1. การจัดอัตรากำลังและความพร้อมของบุคลากร

การจัดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 เป็นสถานการณ์ที่บุคลากรมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโควิด 19 มีหน่วยงานบริการเฉพาะกิจเพิ่มขึ้น ด้วยจำนวนบุคลากรที่ยังคงมีเท่าเดิม ดังนั้นทุกคนจึงมีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอและมีความเหมาะสมกับแนวโน้มของผู้ป่วยติดเชื้อที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น สามารถรองรับและดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ได้อย่างปลอดภัยและทั่วถึง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีการบริหารจัดการด้านบุคลากร ดำเนินการดังนี้

1.1 ขอบาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในช่วงแรกของการระบาดโรคโควิด 19 ผู้บริหารทางการแพทย์ได้จัดประชุมและขอบุคลากรที่มีความสมัครใจอาสาเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 แต่ไม่มีบุคลากรคนใดสมัครใจ จึงปรับเป็นการคัดเลือกพยาบาลจากความรู้ความสามารถในการรับมือป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (ICWN) จึงเป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่ได้รับคัดเลือกให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 เพราะเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีพื้นฐานความรู้ในด้านการดูแลและป้องกันการติดเชื้อเดิมอยู่แล้ว จึงมีความเหมาะสมที่สุด ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้ “ให้น้องพยาบาลเขาได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกด้วยตัวเองก่อน เพราะเราเข้าใจว่าตอนนั้นทุกคนก็กลัวกันหมดนะ ถ้าเราได้คนแบบอาสาเขาเต็มใจมาช่วย ไม่ว่าจะงานยาก งานหนัก มันไม่กลัว มันผ่านได้หมดแหละ พี่คิดแบบนั้นนะ ไม่ต้องไปบังคับข่มขู่ใจกัน ก็ต้องเข้าใจความรู้สึกของพวกเขาค่ะ พี่ก็ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยไปแจ้งประกาศกับน้องพยาบาลว่าเราขอบาสาสมัครคนที่ดูแลคนไข้โควิด แต่! เชื่อไหมว่า ไม่มีใครเข้ามาเลยซักคนเดียว ตอนนั้นนะก็ต้องติดต่อกับหัวหน้า IC เราเห็นตรงกันว่า เราต้องมอง competency เป็นหลัก...ก็มี ICWN กลุ่มนี้แหละที่อาสา...ซึ่งจริงๆ แล้วน้อง ICWN เขามีความรู้เรื่อง IC การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออยู่แล้ว”

1.2 จัดอัตรากำลังหมุนเวียน ในระลอกถัดมาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้ต้องมีการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลในโรงพยาบาลและจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปช่วยในหน่วยงานบริการเฉพาะกิจ ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม, Hospitel, State Quarantine และ Community Isolation

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจึงกำหนดนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของแต่ละหอผู้ป่วย/แผนก จำนวน 1 คน เวียนกันไปช่วยปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้ “คนไข้มีเรื่อยๆ ใจ ต้องมีคนดูแล พี่ก็กำหนดให้จัดเวรเวียนกัน จัดเวรเวียนคือ น้อง ในแต่ละวอร์ดให้เวียนเข้ามา 1 คน 1 เวร 1 คน 1 เวร กำหนดออกมาเป็นนโยบายของกลุ่มการพยาบาลแบบบังคับเลย ว่าทุกคนจะต้องเข้าไปเพื่อที่จะได้บริหารอัตรากำลังไปช่วยที่ Cohort ward ได้ พอพี่ทำแบบนี้ พอต้องเปิด ward ใหม่ในระบารอบหลัง พี่เลยได้คนทำงานเป็นทันที”

1.3 เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยการจัดอบรมให้ความรู้ พัฒนาทักษะแก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นการเพิ่มพยาบาลที่มีทักษะและความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่จะกระจายไปช่วยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโควิดได้มากขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “พี่ก็เริ่มฟื้นความรู้ ทักษะสวมใส่ชุด PPE ก่อนและหลัง ใส่ N95 ยังให้แนบขีด ถอดชุดลำดับก่อนหลัง ตรงไหนถอดก่อน ตรงไหนถอดหลัง รวมถึงการเลือกประเภทของชุดป้องกัน การเลือกใช้อุปกรณ์แต่ละประเภท การแยกขยะ การทิ้งขยะ ทุกอย่างจะรวมเบ็ดเสร็จมาเป็นเนื้อหาแล้ว เขาก็จะรู้ในเรื่องของเนื้อหาการใช้หน้ากากอนามัยทำอะไร อะไรแบบนี้”

2. การจัดการสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีผู้ป่วยจำนวนมากจึงต้องมีการดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่ จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ สำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยโควิด 19 และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ประชาชนภายนอก ดังนี้

2.1 จัดอาคารสถานที่ให้บริการ ได้แก่ 1) จัดตั้งสถานที่ภายในโรงพยาบาล: เริ่มตั้งแต่การพิจารณาเลือกหอผู้ป่วยพิเศษในการรับผู้ป่วยกลุ่ม PUI และผู้ป่วยโควิด 19 ในช่วงแรก ต่อมาเมื่อจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น พิจารณาเลือกหอผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้งานมาเปิดเป็น Cohort Ward สามัญ จัดตั้ง Sub ICU Cohort Ward สำหรับดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่อาการกึ่งวิกฤตมีการใส่เครื่องช่วยหายใจ และหอประชุม สำหรับรองรับกลุ่มแม่และเด็กที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 และ 2) จัดตั้งสถานที่ภายนอกโรงพยาบาล เมื่อจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น พื้นที่ของโรงพยาบาลไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วย จึงมีจัดตั้ง

หน่วยงานเฉพาะกิจขึ้นนอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม และ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ เพื่อช่วยลดปัญหาความแออัดของผู้มารับบริการที่มีจำนวนมาก

2.2 จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์นี้ ซึ่งกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีหน้าที่ในการจัดสรรให้เพียงพอต่อการใช้งานของบุคลากรที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ในช่วงแรกของการเกิดการระบาด โรงพยาบาลประสบปัญหาเกี่ยวกับ การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน โดยเฉพาะ หน้ากากอนามัย N-95 จึงมีการแก้ปัญหาด้วยการจำกัดหน้ากาอนามัย แจกให้คนละ 1 ชิ้นต่อสัปดาห์ และ Reuse ใช้วิธีการนำไปอบฆ่าเชื้อโรค ต่อมาได้รับบริจาคจากหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ทำให้อุปกรณ์เริ่มมีเพียงพอสำหรับการใช้งาน ส่วนในระยะหลังได้มีการจัดซื้ออุปกรณ์เหล่านี้ได้อย่างเพียงพอและตรงตามความต้องการ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “ตอนนั้นชุด PPE mask N95 ต่างๆเรามีอยู่แล้ว แต่ไม่ได้มีแบบfull optionและก็ได้มีเยอะ พี่ก็เริ่มสำรวจนับstock ว่าทั้งรพ. เรามีทั้งหมดเท่าไร ก็รวบรวมมา แล้วก็มาดูคำนวณดูว่าในกิจกรรมที่ต้องเข้าไปดูคนไข้แต่ละวันใช้กี่ชิ้น ก็คนที่ต้องทำงาน เพราะตอนนั้นเราไม่รู้ว่ เราจะมีเคสจริงมาเท่าไร หลังจากนั้นพี่ก็ทำบันทึกขอซื้อ ให้พัสดุไปจัดหามาให้ ณ ขณะนั้น ได้มารวมๆแต่ละอย่างประมาณ 3,000 ชิ้น พี่ก็มาจัดทำเป็นset มี cover leg cover shoes, ชุด PPE face shield แล้วก็ gown MDR อยู่ในนั้นหมด ถุงมือแยกไว้ข้างนอก ทำให้สะดวกต่อการเบิกใช้ และตรวจนับ” นอกจากนี้ยังมีการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วงการระบาดระยะแรก โรงพยาบาลพบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ ได้แก่ Infusion Pump, O2 High Flow, Pipe Line และเครื่อง Defibrillation ต่อมาได้รับบริจาคจากหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ จึงทำให้สามารถบริหารจัดการอุปกรณ์และเครื่องมือได้อย่างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับบริการ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “เราจะเปิด ICU รับคนไข้โควิดเนอะ เชื้อใหม่ ว่าพี่มีแต่พื้นที่ให้เราไม่มีอุปกรณ์อะไร ใดๆ เลย ทั้ง ventilator เอย อุปกรณ์ monitor ต่างๆ เครื่อง High-Flow ก็ไม่มี และที่สำคัญ ตอนนั้นงบประมาณเราก็ดูดบยอะเราก็จำเป็นที่จะต้องจำกัดงบ พี่ก็เลยประชาสัมพันธ์ขอรับบริจาคหมดเลย โชคดีที่เราได้บริจาคมา High-Flow ก็ได้มาคน...[ในพื้นที่] และคนใกล้เคียงร่วมบริจาค ventilator, อุปกรณ์monitor เราก็ได้รับเงินบริจาคจากมูลนิธิชัยพัฒนา ทุกอย่างมาจากขอรับบริจาคทั้งนั้น”

2.3 จัดหาอุปกรณ์การสื่อสารและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการติดตามและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในสถานการณ์นี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ จึงได้มีการติดกล้องวงจรปิดไว้ตามห้องผู้ป่วยทุกห้อง ส่วนโรงพยาบาลสนาม จะติดกล้องไว้ทุก Zone เพราะไม่ได้มีการแยกห้อง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “ทำห้อง anteroom กันกระຈก ติดกล้องวงจรปิด แล้วต้องติด intercom ไว้สื่อสารกับคนไข้ ให้เขาทำให้ออกแบบระบบเป็นแบบopen air อย่างเดียว แล้วก็แยกส่วนของผู้ปฏิบัติกับคนไข้ออกจากกัน ติดพัดลมดูดอากาศภายในวอร์ด ทางเข้าออกของผู้ปฏิบัติกับคนไข้ก็แยกกันชัดเจนตามหลักการควบคุมการระบาด” สำหรับการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในการสอบถามอาการ ขอความช่วยเหลือ ส่งข้อมูลต่างๆ หรือการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน จะใช้ Contact Line , Line Group และโทรศัพท์กลาง รวมทั้งการใช้ Telemedicine ส่วนการเก็บบันทึกข้อมูลต่างๆ ซึ่งมีข้อมูลที่มีจำนวนมาก จะเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลส่วนกลางของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้สามารถเรียกดูข้อมูลได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว

3. การนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน

การบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีแนวทางในการบริหารจัดการทางการแพทย์ ดังนี้

3.1 นิเทศเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (IC และ ICWN) เป็นผู้สอนให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรง วิธีการติดต่อ การป้องกัน และการใช้วิถีชีวิตแบบ New normal มีการจัดทำ Work Shop สอนการสวมใส่-การถอดชุด PPE ให้ถูกวิธี เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อมาจากการปฏิบัติงาน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังคำให้สัมภาษณ์ “ต้องนิเทศ มองดู เฝ้าดู ดูน้องทำไม อย่างพี่เอง ชอบสุ่มตรวจเดินลงหน้านานะ สังเกตว่า ตีกันทำไม น้องทำผิด แล้วทำไมใส่แมสชันเดียว คือเหมือนเราวางมาตรการไว้แล้วว่า ถ้าคุณทำผิดใกล้ชิด ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 15 นาที หรือ 20 นาที คุณจะต้องใส่ N95 นะ คุณจะต้องมี face shield นะ คุณถูกกำกับด้วยแนวปฏิบัติอยู่แล้ว ให้หัวหน้าเดิน round อาทิตย์ละครั้ง round 4 ward เพราะว่าเหมือนเรามีแนวปฏิบัติอะไรสำหรับพี่นะ พี่คิดว่าต้องทำให้เหมือนกัน”

3.2 สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เนื่องจากการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในระลอกแรก นั้นเป็นเรื่องใหม่ ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับมือกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มาก่อน การปฏิบัติงาน ของบุคลากรพยาบาลในขณะนั้นจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่ ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและเกิดความ ปลอดภัยในการทำงาน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจึงมีการ ระดมสมองร่วมกันทั้งผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับโดยมี หัวหน้าควบคุมและป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล เป็นแกนนำหลักออกมาเป็นแนวปฏิบัติ เช่น แนวปฏิบัติการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโควิด แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาล ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยจากกล้อง วงจรปิด เข้าไปดูผู้ป่วยในกรณีที่มีเหตุการณ์เท่านั้น ดังคำให้ สัมภาษณ์ดังนี้ “...เป็นการระบาดของโรคอุบัติใหม่ คนทำงาน พวกเค้ายังไม่แน่ใจว่า เขาจะปฏิบัติงานกันยังไง แนวทางการ ดูแลมันยังไม่นิ่ง แล้วอีกอย่างนะช่วงแรกนั้นมาตรฐานที่ส่งมา มันแทบจะปรับเปลี่ยนตลอด เพราะฉะนั้นถ้าเราจะรอแต่ มาตรฐานเค้า งานเราจะไม่สามารถไปต่อได้เพราะมาตรฐาน แต่ละอย่างก็ออกมาเปิดเสร็จสำเร็จรูปเลยมันมาช่วงหลังๆ ที่ใช้ความรู้ทาง IC ที่เราร่ำเรียนมาเนี่ยละคะมาประยุกต์ใช้ ต้องลองใช้ แล้วนำมาปรับแก้ไขเรื่อยๆ”

3.3 ประสานงานการรับผู้ป่วยส่งต่อ เมื่อผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลสนามหรือ Hospitel มีอาการทรุดลงหรือ มีอาการผิดปกติที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จะมีการประสานงาน มายังหอผู้ป่วยวิกฤตโควิด 19 โดยพยาบาลหัวหน้าเวรจะดำเนินการ เป็นผู้ประสาน ประเมินอาการและรับคำสั่งแพทย์ เพื่อรับ ผู้ป่วยไว้ในความดูแล รวมทั้งมีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย จาก State quarantine ที่สนามบินสุวรรณภูมิ มารับการดูแล ที่โรงพยาบาลสนาม หรือ Hospitel ด้วย

3.4 จัดบริการแบบวิถีใหม่(New normal style) โดยมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการให้มีความเข้มงวดในด้าน ความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ กระจายเชื้อ มีการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วย เว้นระยะห่าง ลด ความแออัด ในการมารับบริการในโรงพยาบาล ล้างมือด้วย แอลกอฮอล์เจล และถือเป็นแนวปฏิบัติแก่บุคลากรทุกคนด้วย จัดบริการรับยาต่อเนื่องโดยจัดส่งทางไปรษณีย์ และมีการ กำหนดมาตรการเข้าเยี่ยมและการเฝ้าไข้ ดังตัวอย่างคำให้ สัมภาษณ์ “พี่ [พยาบาล IC] เริ่มกำหนดนโยบายด้านความ ปลอดภัยออกมาชัดเจนเลย ตั้งแต่มาตรการสวม mask Back

Office ต้องใส่หน้ากากผ้า ถ้าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ให้ใส่ surgical Mask เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูคนไข้ ติดเชื้อโควิด ให้ใส่ N95 การจัดบริการแบบ New normal กำหนดมาตรการระยะห่างเป็นลักษณะ physical distancing ทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล เราต้องทำสัญลักษณ์ หรือเป็นสติ๊กเกอร์ แปะเว้นระยะห่างไว้ OPD พี่ก็ให้จัดที่นั่งเว้นระยะทำเป็น สติ๊กเกอร์แปะไว้ ในลิฟท์ก็เหมือนกัน ก็ยังมีกำหนดมาตรการ การล้างมือ เราตั้งจุดแอลกอฮอล์ล้างมือไว้ทุกจุดในโรงพยาบาล ตั้งแต่ทางเข้า OPD ทุก OPD ห้องตรวจแพทย์ IPD ก็เหมือนกัน ให้เจ้าหน้าที่เราปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อป้องกันการ แพร่ระบาดในโรงพยาบาล”

4. การจัดสรรสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

การปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ส่งผล ให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดความ เหนื่อยล้าและต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด 19 จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการจัดสรรค่าตอบแทนและสวัสดิการ ต่างๆ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร ดังนี้

4.1 ร่วมพิจารณาจัดสรรงบประมาณส่วนกลาง ของโรงพยาบาลให้เป็นค่าตอบแทน ได้แก่ การเพิ่มอัตราค่าล่วง เวลา (OT) และค่าเวร ในช่วงแรกที่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 และต่อมาได้มีการดำเนินการจ่ายค่าเสี่ยงภัยให้แก่บุคลากร เป็นจำนวน 1,000 บาทต่อเวรปฏิบัติงาน 8 ชม. ดังตัวอย่าง คำให้สัมภาษณ์ “มีค่าเสี่ยงภัยเข้ามา 1,000 บาท มันเป็น ความโชคดี น้องพยาบาลเราได้มีกำลังใจทำงาน นอกจาก ค่าเสี่ยงภัยแล้ว เราปรับ OTเวรเข้าพยาบาลให้เป็น 990 บาท พี่มองว่าภาระงานเราหนักขึ้น ผู้บริหารมองเห็น พี่เอาข้อมูล ตัวเลขสถิติภาระงานเสนอขึ้นไปให้ผู้บริหารเห็น ก็ได้รับการ อนุมัติ แล้วยังทำประกันโควิดในช่วงการระบาดเยอะๆ ให้กับ เจ้าหน้าที่ ก็พยายามผลักดันและทำให้ได้เพื่อให้พวกเขาได้มี กำลังใจในการทำงาน”

4.2 พิจารณาบรรจุบุคลากรทางการแพทย์ เป็นข้าราชการ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลการปฏิบัติงานและปรับเปลี่ยนขึ้นเงินเดือน ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อตอบแทน การเสียสละทำงานที่เสี่ยงภัย ดังคำให้สัมภาษณ์ “กระทรวงเขา มีคำสั่งให้บรรจุพยาบาลเป็นข้าราชการ ที่นี้น้องเราก็เลยได้บรรจุ เป็นข้าราชการด้วย ทุกอย่างมันค่อยๆ ทายอดมาเรื่อยๆ ให้กับ เจ้าหน้าที่ที่ดูคนไข้โควิด ก็ตอบแทนคนทำงานที่เสียสละทำงาน

เสี่ยงนะ”

4.3 จัดสรรสวัสดิการต่างๆ ให้เป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน ได้แก่ จัดอาหารฟรียชน์ปฏิบัติงานครบ 3 มื้อ อำนวยความสะดวกที่พักรักษาพยาบาลที่ไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และจัดสรรวัคซีนให้กับบุคลากรอย่างทั่วถึง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้ “ก็จะพยายาม support ทุกอย่างเท่าที่พี่จะทำได้ อย่าง เช่น support เครื่องอุปกรณ์ทำงาน วัคซีน เครื่องอำนวยความสะดวก พวกชุดทำงาน อาหารการกิน ทำเป็นห้อง relax ให้เขา พยายามตัดชุดทำงานให้...เพื่อให้น้องๆ เค้าสามารถทำงานกันได้สะดวกขึ้น”

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19 ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ภารกิจการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1. การจัดอัตรากำลังและเตรียมความพร้อมบุคลากร เมื่อมีการกิจใหม่เข้ามาเพิ่มเป็นงานที่ต้องดำเนินการ กล่าวคือการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในขณะที่อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลเท่าเดิม การบริหารจัดการด้านบุคลากรจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้งานขับเคลื่อนเดินหน้าได้ ดังนั้น กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการจัดอัตรากำลังและเตรียมความพร้อมให้บุคลากร เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งในระยะแรกทุกคนเข้าใจว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคอันตรายร้ายแรงสามารถติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจ เมื่อได้รับเชื้อเข้าร่างกาย จะทำให้เกิดอาการรุนแรง หายใจลำบากและเสียชีวิตในที่สุด⁶ ทำให้ไม่มีบุคลากรคนใดอาสาเข้ามาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องใช้หลากหลายวิธี ทั้งการมอบหมายงานให้พยาบาลที่มีความรู้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเข้าไปดูแลผู้ป่วยโควิดก่อน สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการของ Gulick & Urwick⁷ ที่กล่าวถึง หลักการจัดคนเข้าทำงาน ว่าการคัดเลือกบุคคลใดเข้าปฏิบัติงาน ผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาจากความรู้ความสามารถ ประสิทธิภาพของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้คนที่เหมาะสมที่สุดกับตำแหน่งงานนั้นๆ นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงสั่งการให้แต่ละหน่วยงานส่งบุคลากรพยาบาลอย่างน้อย 1 คน หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งการใช้นโยบายเชิงบังคับในลักษณะนี้ ทำให้มีบุคลากรพยาบาลพร้อมปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดในระยะ

ต่อมาได้ทันที⁸⁻⁹ แต่อย่างไรก็ตามผู้บริหารตระหนักดีว่าโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าจะดูแลผู้ป่วยและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ทุกคนมีความกลัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรค จึงเป็นเหมือนอาวุธทางปัญญาที่ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและตนเองมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรจะสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย¹⁰

2. การจัดการสถานที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น จำเป็นต้องมีการขยายพื้นที่ จัดทำหอผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน^{9,11} ที่พบว่าเมื่อมีผู้ป่วยโควิดจำนวนมากขึ้น จึงต้องมีปรับปรุงขยายพื้นที่ภายในอาคารผู้ป่วยโดยกำหนดให้ในแต่ละชั้นเป็นพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยโควิดโดยตรง แบ่งเป็นหอผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยโควิดในภาวะวิกฤต หอผู้ป่วยแยกโรคดูแลผู้ป่วยโควิดอาการไม่รุนแรง และหอผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังสงสัยติดเชื้อโควิด 19 ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ จึงต้องมีนโยบายการใช้อุปกรณ์และวางแผนการใช้งานให้คุ้มค่ามากที่สุด ต่อมา มีการเปิดบริการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม และ Hospitel เพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งในโรงพยาบาลดังกล่าวก็ต้องมีการเตรียมทรัพยากรบุคคลและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมในการปฏิบัติงาน ในส่วนนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลมีการดำเนินร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและได้รับความร่วมมือจากองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ให้การช่วยเหลือและมีภาคประชาชนบริจาคสิ่งของจำเป็นในการให้ดูแลผู้ป่วยทั้งอุปกรณ์ป้องกันและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ¹² ที่ว่า “เรามีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการใช้งานอยู่ และมีส่วนที่ต้องจัดหาเพิ่มเติมเพื่อเตรียมการเผื่อไว้สำหรับสถานการณ์ระบาด COVID-19 ที่ควบคุมไม่ได้ เป็นสิ่งที่น่าตื่นตัวที่มีคลื่นน้ำใจจากประชาชนคนไทยบวกเพิ่มเข้ามาสนับสนุนให้พวกเรามีความพร้อมมากยิ่งขึ้น”

3. การนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน

ในการรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 มีการนำหลักการบริหารมาประยุกต์ใช้หลายประการ โดยอันดับแรก

เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นในการระบาดระยะแรกจึงยังไม่มีข้อมูลชัดเจนในการดูแลรักษา หน้าที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้ากลุ่มการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่จะช่วยให้บุคลากรมีความปลอดภัยจากการทำงาน คือ การนิเทศหน้างาน เพื่อให้ความรู้และควบคุม กำกับดูแลการปฏิบัติของบุคลากรเพื่อป้องกันการติดเชื้อให้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับตัวบุคลากรที่ปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยจากการปฏิบัติให้มากที่สุดและเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัตรา สงขรวัช และคณะ¹³ ที่พบว่า การนิเทศเป็นการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาทางด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานดีขึ้น นอกจากนี้การสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรทุกคนมีทิศทางในการทำงานที่สอดคล้องตรงกัน และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยสร้างความมั่นใจในการทำงานให้กับบุคลากร¹⁴ ส่วนการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การบริการสุขภาพมีความต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การเป็นผู้ประสานงานจึงเป็นบทบาทหนึ่งที่จะช่วยรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 ได้ เช่น การส่งตัวผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น¹⁵

อย่างไรก็ตามการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ไม่ได้มีแต่การดูแลผู้ป่วยโควิดเท่านั้น ผู้ป่วยกลุ่มทั่วไปที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมาตรวจเพื่อการวินิจฉัย เป็นอีกกลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จึงมีการจัดการให้บริการแบบวิถีใหม่ เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา การเว้นระยะห่าง การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับการดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁶ ที่มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์หน่วยงานต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกจะมีระบบคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าสู่อาคาร สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง 2 เมตร ล้างมือ วัดไข้ และติดสติ๊กเกอร์ เป็นต้น

4. การจัดสิ่งตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

การปฏิบัติงานในสถานการณ์โควิด 19 ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่บุคลากรต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้บริหารจึงให้ความสำคัญและต้องการสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติจัดสรรเงิน

ค่าเสี่ยงภัยและการบรรจุบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นข้าราชการ และในส่วนของผู้บริหารการทางพยาบาลพยายามจัดหาเงินค่าตอบแทน และสวัสดิการอื่นๆ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจอีกส่วนหนึ่งให้กับผู้ปฏิบัติงาน จากผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้บริหารตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร โดยเฉพาะการพิจารณาปรับเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการอื่นๆ ให้ผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจจึงเป็นอีกหนึ่งภารกิจหลักของผู้บริหารที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น เพราะองค์การใดก็ตามที่บุคลากรมีขวัญกำลังใจอยู่ในระดับสูง บุคลากรเหล่านั้นก็จะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ส่งผลให้เกิดมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19 ต้องมีการทำงานประสานความร่วมมือกันหลายๆ ด้านดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมของสถานที่ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ 2) การเตรียมความพร้อมบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์การป้องกันอย่างถูกต้อง 3) การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและมีการจัดอัตรากำลังเสริมเพื่อเตรียมรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น และ 4) การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทุกคนมีการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกันและหากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการให้บริการต้องสื่อสารให้บุคลากรรับทราบโดยทั่วถึงกัน ซึ่งอาจให้รูปแบบการสื่อสาร Line application ที่มีความรวดเร็วและเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย อย่างไรก็ตามควรมีการถอดบทเรียนการบริหารจัดการดังกล่าวเพื่อนำมาวางแผนการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด 19 ในมุมมองของบุคลากรกลุ่มการกักตุน การพยาบาลอย่างเดียว แต่การรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ยังมีบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้ภารกิจนี้ลุล่วงไปด้วยดี ดังนั้นจึงควรมีการ

ศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19
ในมุมมองของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพต่อไป

References

1. Intolo, S. Sihaboonnak,T., Saisangian,N. Infection control nurse' roles in infection prevention and control for COVID-19 within healthcare setting. *Journal of Nursing and Health Care* 2021;39(1), 14-21. (in Thai)
2. Sathira-Angkura, T. Leelawong, Srisuthisak, S., Puttapitukpol,S, Yonchoho, N. Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Sciences*, 30(2):320-33. 2021. (in Thai)
3. Pimsakka, R. Nursing management during the crisis of the COVID-19 Pandemic. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(3): 64-71. (in Thai)
4. Creswell, JW. Poth, CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 4th ed. Los Angeles: Sage,2018.
5. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.
6. Yuanjai A. Klinkhajon U. Woramalee S. Watcharakasem-suntron J. A case of coronavirus disease 2019 : Case Report. *Siriraj Medical Bulletin* 2020;13(2):155-63. (in Thai).
7. Robbins SP. Coulter M. Management. 13th ed. Boston: Pearson Education,2016.
8. Poortaghi S. Shahmari M. Ghobadi A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: A content analysis study. *BMC Nursing* 2021; 20(1): 1-10.
9. Wu D. Wu T. Liu Q. Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. *International Journal of Infectious Diseases* 2020; 94:44-8.
10. Apiradeewajeeset N. Naowapanich S. Suksamai, J. Tiovoan C. Khwanmueang R. Preparation for the development of nurses' competency in caring for COVID-19 patients, Siriraj hospital. *Siriraj Medical Bulletin* 2021;14(4):81-90. (in Thai).
11. Wang Y. Qiang WM. Wang C. Wu PP. Li MM. Kong QQ. Yu LY. Chen L. Nursing management at a Chinese fever clinic during the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review* 2021;68(2):172-80.
12. Angkawatanavit D. Roles of Ramathibodi hospital during COVID-19 situation. *Rama Variety for Health* 2020;37:6-7. (in Thai).
13. Songkarrak S. Khaikeow S. Puttiengkoon B. The effects of clinical supervision program for first level nursing manager at a tertiary level hospital in Phetchaburi Province. *Charoenkrungpracharak Journal*. 2021;14(2): 35-47. (in Thai)
14. Satira-Angura T. Leelawong S. Amonprompukdee Ajanta-Ym-Mou U. Driving the operation of the nurse collaboration center in COVID-19 outbreak. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*; 22(1):83-91. (in Thai).
15. Dissara W. Junwin B. Nurses with prevention management and controlling the COVID-19 outbreak in the community. *Journal of MCU Nakhondhat* 2021; 8(12): 89-104. (in Thai).
16. Ministry of Public Health. New normal medical service. Samutsakorn: Born to Be Publishing Company, 2020. (in Thai).
17. Uthaisang, T. COVID-2019 : Raising morale and morale for healthcare workers. *Journal of MCU Haripunchai Review* 2021;5(2):94-107. (in Thai).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to Prehypertension among Pregnant Women in Nakhon Si Thammarat Province

จิราวรรณ คล้ายวิเศษ กรรณิการ์ แสงประจง*

Jirawan Klayvised Kannika Saengprajong*

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 357 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และแบบบันทึกประวัติความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ ผลวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ร้อยละ 25.21 และมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.36 พบความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.541$, $p < .05$) ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางสุขภาพควรมีการคัดกรองความเสี่ยงและติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นที่มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่สองขึ้นไป

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This correlational research aimed to study associated factors of prehypertension during pregnancy among pregnant women in Nakhon Si Thammarat Province. The subjects were 357 pregnant women who received antenatal care at a central hospital and three community hospitals in Nakhon Si Thammarat Province. Questionnaires were used to collect personal data, pregnancy data, and the history of blood pressure. The data was analyzed using descriptive statistics and chi-squares. The results showed that 25.21 percent of pregnant women had prehypertension and 3.36% had hypertensive disorder during pregnancy. A statistically significant relationship between the number of pregnancies and early gestational hypertension

*Corresponding Author: E-mail: kannika.se@wu.ac.th

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทส่งเสริมนักวิจัยรุ่นใหม่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

This study was supported by grant for new researcher, Walailak University

was found ($\chi^2 = 8.541, p < .05$) Recommendations: Health workers should have risk screening and monitoring for pregnant women, especially those with prehypertension who are multiparous.

Keywords: Prehypertension, Pregnant Women

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorders in pregnancy: HDP) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการตั้งครรภ์และการคลอด โดยเฉพาะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด¹ รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 พบว่าทั่วโลกมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 14² ของการตายทั้งหมดของมารดาในประเทศไทยปี 2563 กรมอนามัยได้รายงานข้อมูลพบว่ามีร้อยละ 14.7 ของการตายทั้งหมดของมารดาหลังคลอด³ ในปี 2547 คณะกรรมการความร่วมมือระดับชาติ ในการตรวจประเมิน และรักษาความดันโลหิตสูงครั้งที่ 7 (JNC7) ได้แบ่งระดับความดันโลหิตสูงออกเป็น 4 ระดับ โดยหนึ่งในสี่ระดับคือภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น (prehypertension) มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวที่ระดับ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวที่ระดับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากที่จะพัฒนาไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง⁴ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น มีโอกาสพัฒนาเป็นความดันโลหิตสูงชนิดพรีอีคลัมป์เซีย (preeclampsia) หรือ อีคลัมป์เซีย (eclampsia) 2.17 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ⁵

ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ส่งผลกระทบรุนแรงทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ด้านสตรีตั้งครรภ์พบว่า ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะตั้งครรภ์ 2.41 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มความดันโลหิตปกติ รวมถึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระยะต่อมา 3.54 เท่า⁶ เกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารกในครรภ์ โดยเฉพาะทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์และมีน้ำหนักน้อย⁷ จนต้องรับไว้ดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต และทารกเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด⁸ และหากมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อาจเกิดภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะ

ลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด⁹ ไตวายเฉียบพลัน¹⁰ ภาวะชกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการเฮลล์ (HELLP syndrome) ซึ่งอาจต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือบางรายอาจมีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือเสียชีวิตหลังคลอด¹¹

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์¹² ได้โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย^{13,14} นอกจากนี้พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์^{15,16} สำหรับดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² 14-18 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีการศึกษาในประเทศไต้หวันพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดพรีอีคลัมป์เซีย (preeclampsia)¹⁹ และสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์หลัง^{20,21} ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ^{13,20} และสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 4.01 เท่า และ 3.07 เท่าตามลำดับ²² นอกจากนี้ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ถัดมา^{14,23-24}

ในต่างประเทศและประเทศไทย ส่วนใหญ่มีการศึกษาที่เน้นศึกษาความสัมพันธ์หรืออำนาจการทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว และประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มสตรี

ตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น อีกทั้งหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราชมุ่งเน้นคัดกรองความเสี่ยงเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แต่ยังขาดการคัดกรองกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ไม่ได้รับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ จึงอาจทำให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ล่าช้า ดังนั้นการศึกษานี้จึงพัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อประโยชน์ต่อการคัดกรองความเสี่ยงและติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากและอายุน้อยมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ช่วงอายุปกติ¹²⁻¹⁶ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร²¹⁴⁻¹⁸ และการตั้งครรภ์ครั้งแรก¹⁹⁻²¹ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว^{13,20,22} และสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน^{14,23-24} มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว และประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำถามการวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว และประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์

ก่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว และประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3,356 ราย รายชื่อโรงพยาบาลได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จาก 12 โรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว 2) อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ 28-42 สัปดาห์ 3) อายุ 18-45 ปี 4) เข้าใจในภาษาไทย สามารถฟังอ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นโรคไทรอยด์ โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน และโรคไต ซึ่งมีการคำนวณโดยใช้สูตรของทาร์ ยามาเน²⁵ ได้จำนวน 357 ราย และการวิจัยครั้งนี้ได้นำค่าความดันโลหิตครั้งแรกที่มีการบันทึกขณะอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปมาวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือจากสตรีตั้งครรภ์ แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นหนังสือ แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (รหัสโครงการวิจัย: WU-EC-NS-2-050-61) เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2562

เครื่องมือในการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถาม แบบปลายเปิด และเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ 2) แบบบันทึก ข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้จากการพัฒนาของผู้วิจัย จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายเปิด และเลือกตอบ และ 3) แบบบันทึก ความดันโลหิต ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการบันทึกประวัติความดันโลหิตทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดย นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการ

ผลการวิจัย:

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 357)

คุณลักษณะ	Normal (N = 255)		Prehypertension (N = 90)		HDP (N = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 26.86, SD = 6.29)						
< 20	45	12.61	7	1.96	3	0.84
20-34	179	50.14	71	19.89	8	2.24
≥ 35	31	8.68	12	3.36	1	0.28
รายได้ (บาท) (Mean = 11802.38, SD = 4823.60)						
< 15,000	143	40.05	48	13.44	4	1.12
≥ 15,000	112	31.37	42	11.76	8	2.24
การศึกษา						
ประถมศึกษา	31	8.68	17	4.76	5	1.40
มัธยมศึกษา/ปวช.	180	50.43	59	16.53	6	1.68
ปวส.	21	5.88	7	1.96	0	0
ปริญญาตรี	18	5.04	7	1.96	1	0.28
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.40	0	0	0	0
สถานภาพสมรส						
คู่	245	68.63	87	24.37	11	3.08
หย่าร้าง	10	2.80	3	0.84	1	0.28
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	159	44.54	64	17.93	4	1.12
ค้าขาย	41	11.49	15	4.20	2	0.56
พนักงานของรัฐ	16	4.48	3	0.84	1	0.28
เกษตรกร	15	4.20	3	0.84	3	0.84
อื่นๆ	24	6.72	5	1.40	2	0.56

ตั้งครรภ์ และแบบบันทึกความดันโลหิต ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน เพื่อร่วมตรวจสอบ ความสอดคล้องของเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1 นำไป ทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรี ตั้งครรภ์ จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 357) (ต่อ)

คุณลักษณะ	Normal (N = 255)		Prehypertension (N = 90)		HDP (N = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร ²) (Mean = 23.68, SD = 5.07)						
<18.5	36	10.09	16	4.48	2	0.56
18.5-22.9	92	25.78	26	7.28	3	0.84
23-24.9	35	9.80	13	3.64	3	0.84
25-29.9	63	17.65	26	7.28	2	0.56
≥30	29	8.12	9	2.52	2	0.56
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	97	27.17	19	5.32	6	1.68
ตั้งแต่ครรภ์ที่สองขึ้นไป	158	44.26	71	19.89	6	1.68
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) (Mean = 14.12, SD = 7.31)						
≤ 12 สัปดาห์	143	40.06	41	11.49	8	2.24
> 12 สัปดาห์	112	31.37	49	13.72	4	1.12
ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว						
มี	36	10.09	8	2.24	1	0.28
ไม่มี	219	61.34	82	22.97	11	3.08
ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน (ตั้งแต่ครรภ์ที่สองขึ้นไป) (N = 229)						
มี	6	2.55	5	2.13	0	0
ไม่มี	152	64.68	66	28.07	6	2.55

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 357 คน เป็นกลุ่มที่มีความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ 255 คน (ร้อยละ 71.43) กลุ่มความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น 90 คน (ร้อยละ 25.21) และมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 12 คน (ร้อยละ 3.36) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 72.27) มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วนร้อยละ

25.49 และ 11.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 65.83 มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป และเกือบครึ่งหนึ่งมาฝากครรภ์เร็ว (ร้อยละ 53.79) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัวหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน (ร้อยละ 87.39, 95.3 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์
จังหวัดนครราชสีมา (N = 345)

ตัวแปร	Normal (N = 255)		Prehypertension (N = 90)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
18-20	45	13.04	7	2.02	5.066	.079
20-34	179	51.88	71	20.57		
35-45	31	8.98	12	3.47		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร²)						
< 25	163	47.25	55	15.94	.226	.636
≥ 25	92	26.67	35	10.14		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	97	28.11	19	5.50	8.541	.003*
ตั้งแต่ครรภ์ที่สองขึ้นไป	158	45.79	71	20.57		
ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว						
มี	36	63.48	8	2.32	1.634	.201
ไม่มี	219	10.43	82	23.77		
ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อน (ตั้งแต่ครรภ์ที่สองขึ้นไป) (N = 229)						
มี	6	2.62	5	2.18	1.128	.288
ไม่มี	152	66.38	66	28.82		

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.541$, $p < .05$, ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว และประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์คือ

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์โดยการตั้งครรภ์สองครั้งขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ โดยปกติสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งหลังจะมีอายุเพิ่มขึ้นตามมาด้วย เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลงหรือมีแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นประกอบกับซินซีทีโอโทรโพลาสต์ (syncytiotrophoblast) ที่รกรจะปล่อยสารต่างๆ จำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือดของมารดา ซึ่งสารเหล่านี้ขัดขวางการทำงานของเซลล์บุผนังหลอดเลือดของมารดาทำให้เกิดการตอบสนองการอักเสบจนเกิดความดันโลหิตสูงและอาการอื่นๆ ของโรค ตามมา²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์หลายครั้งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก²⁷ ซึ่งการตั้งครรภ์หลายครั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ถึง 4.2 เท่า¹⁸ แตกต่างจากบางการศึกษาที่ผ่านมา

ที่พบว่าลำดับที่ของการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งแรกสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์^{21,28} ซึ่งสตรีตั้งครรภ์แรกมีโอกาสดังกล่าวความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ 2.6 เท่า²⁰ เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีการสร้างสารต่อต้านเนื้องอกและทารกในครรภ์ แต่เมื่อเกิดความบกพร่องในกลไกยับยั้งการสร้างสารต่อต้านเนื้องอกและทารกในครรภ์ขึ้น จึงส่งเสริมให้เกิดครรภ์เป็นพิษได้มากกว่าครรภ์หลัง²⁹ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้³⁰

ผลการศึกษา

พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ แม้ว่าอายุที่มากขึ้นอาจส่งผลต่อความยืดหยุ่นของหลอดเลือด แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.27 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี หลอดเลือดอาจยังมีความยืดหยุ่นหรือมีแรงต้าน ในหลอดเลือดปกติ และด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เร็ว จึงอาจได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อายุจึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้²⁰ หรือไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์¹⁸ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ชาวจีนฮั่น¹² และมีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย¹³⁻¹⁴ สำหรับดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเกิดน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ ขณะตั้งครรภ์ได้³¹ เกิดเป็นภาวะอ้วนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนก่อนหรือขณะตั้งครรภ์หรือมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์จะมีการทำหน้าที่ที่ผิดปกติของผนังหลอดเลือดส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้³² การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จึงพบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์

มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์²¹ โดยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่หรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดพรีอีคลัมป์เซีย (preeclampsia)³⁰

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมส่งผลต่อการทำนายทางสรีรวิทยาของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์²⁶ หรือเชื่อว่าภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเป็นผลมาจากยีนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมดุลของการไหลเวียนระบบหัวใจและหลอดเลือดและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาการอักเสบในร่างกาย ซึ่งถ่ายทอดจากมารดาและบิดา และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ²⁹ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว หรือสตรีตั้งครรภ์อาจทราบวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันเวลาที่เนื่องจากมาฝากครรภ์เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประวัติโรคของคนในครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ได้³⁰ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่พบว่าประวัติการเป็นความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์¹³ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติ^{13,18,33} นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนและมีการมาฝากครรภ์เร็วจึงอาจได้รับการเน้นย้ำเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนและความเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์²¹ แม้จะมีความเข้าใจว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนจะมีความบกพร่องในการทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดและหลอดเลือดแดงจนนำไปสู่ความผิดปกติในการทำงานของหลอดเลือดตั้งแต่ช่วงแรกหลังคลอดและมีแนวโน้มว่าในระยะยาวสตรีเหล่านี้จะมีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตามมาได้³⁴ จึงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในครรภ์ถัดมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์^{23,14,28,33}

ข้อเสนอแนะ:

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย
 - เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาล ควรมีการคัดกรองความเสี่ยง และติดตามภาวะความดันโลหิตสูง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นที่มีการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่สองขึ้นไป เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อไป
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะก่อนเป็นความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป

References

1. World Health Organization. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2(1): e324-e33.
3. Department of health. Thai maternal mortality ratio per 100,000 live births. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
4. Department of Health and Human Services (US). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: national institutes of health; 2004.
5. Helena BM, Huia Z, A. SD, Saschab D, M LJ, N. HT, et al. Prehypertension prior to or during early pregnancy is associated with increased risk for hypertensive disorders in pregnancy and gestational diabetes. *Journal of Hypertension*. 2015; 33(9): 1860-7.
6. Paola Gonzalez-Valencia D, Yenifer Valero-Rubio S, Grillo-Ardila C. Prehypertension as a risk factor for the development of perinatal complications: retrospective cohort study. *Pregnancy Hypertension*. 2020; 21(1): 203-7.
7. Cao C, Cai W, Niu X, Fu J, Ni J, Lei Q, et al. Prehypertension during pregnancy and risk of small for gestational age: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020; 33(8): 1447-54.
8. Rosner JY, Gutierrez M, Dziadosz M, Pham A, Bennett T-A, Dolin C, et al. Prehypertension in early pregnancy: what is the significance?. *American Journal of Perinatology*. 2017; 30(2): 117-22.
9. Kintiraki E, Papakatsika S, Kotronis G, Goulis DG, Kotsis V. Pregnancy-Induced hypertension. *Hormones*. 2015; 14(2): 211-23.
10. Berry C, Atta MG. Hypertensive disorders in pregnancy. *World Journal of Nephrology*. 2016; 5(5): 418-28.
11. Wassie AY, Anmut W. Prevalence of eclampsia and its maternal-fetal outcomes at Gandhi Memorial hospital, Addis Ababa Ethiopia, 2019: retrospective study. *International Journal of Women's Health*. 2021; 13(1): 231-7.
12. Hou Y, Yun L, Zhang L, Xu JLaR. A risk factor-based predictive model for new-onset hypertension during pregnancy in Chinese Han women. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2020; 20(155): 2-10.
13. Walle TA, Azagew AW. Hypertensive disorder of pregnancy prevalence and associated factors among pregnant women attending ante natal care at Gondar town health Institutions, North West Ethiopia 2017. *Pregnancy Hypertension*. 2019; 16(1): 79-84.

14. Quan L-M, Xu Q-L, Zhang G-Q, Wu L-L, Xu H. An analysis of the risk factors of preeclampsia and prediction based on combined biochemical indexes. *Kaohsiung Journal of Medical Science*. 2018; 34(1): 109-12.
15. Wang L, Ye W, Xiong W, Wang F. Effects of blood pressure level management on maternal and perinatal outcomes in pregnant women with mild to moderate gestational hypertension. *Ginekol Pol*. 2020; 91(3): 137-43.
16. Corrigan L, O'Farrell A, Moran P, Daly D. Pregnancy hypertension: an international journal of women's cardiovascular health. *An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. 2021; 24(1): 1-6.
17. Chotichavanrattanakun K, Wuttikonsammakit P, Chamnan P. First trimester risk factors of pregnancy associated hypertension at Sanpasitthiprasong hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021; 29(1): 26-39. (in Thai)
18. KahsayFikr HB, Gashe eE, Ayele WM. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: matched case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(482): 1-10.
19. You SH, Cheng PJ, Chung TT, Kuo CF, Wu HM, Chu PH. Population-based trends and risk factors of early and late-onset preeclampsia in Taiwan 2001-2014. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 1-11.
20. Thet EWP, Limruangrong P, Sinsuksai N. A predictive study of risk factors for hypertensive disorders in Myanmar pregnant women. *Journal of Nursing Science*. 2016; 34(4): 14-25. (in Thai)
21. Sysavath S, Rujiraprasert N. Risk factors for hypertensive disorders in pregnancy in Lao People's Democratic Republic. *Journal of Nursing Science & Health*. 2020; 43(2): 45-54. (in Thai)
22. Spradley FT, Tesfa E, Nibret E, Gizaw ST, Zenebe Y, Mekonnen Z, et al. Prevalence and determinants of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 2020; 15(9): 1-21.
23. Phianpiset R, Phattanachindakun B, Boriboonhirunsarn D. Prevalence, risk factors, and pregnancy outcomes of early-onset severe preeclampsia among severe preeclamptic women in Siriraj Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017; 25(1): 26-34. (in Thai)
24. Robillard P-Y, Boukerrou M, Dekker G, Scioscia M, Bonsante F, Boumahni B, et al. Risk factors for early and late onset preeclampsia in reunion island: multivariate analysis of singleton and twin pregnancies. a 20-year population-based cohort of 2120 preeclampsia cases. *Reproductive Medicine*. 2021; 2(3): 131-43.
25. Yamane T. *Statistics. An introductory analysis*. Third edition: Harper & Row; 1973.
26. Youssef GS. Hypertension in pregnancy. *European Society of Cardiology*. 2019; 17(22).
27. Shopen N, Schiff E, Koren-Morag N, Grossman E. Factors that predict the development of hypertension in women with pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Hypertension*. 2016; 29(1): 141-6.

28. Hinkosa L, Tamene A, Gebeyehu N. Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July 2015 to June 2017, Ethiopia: case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 1-9.
29. Sananpanichkul P. Current insight and ideas about preeclampsia. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2015; 32(4): 364-76. (in Thai)
30. Tongmuangtunyatep K, Dekyong E, Yodwong A, Thongsukdee T, Sanongkun P. Factors predicting preeclampsia among pregnant women in Sawanpracharak hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022; 42(1): 11-22. (in Thai)
31. Jantradee B, Serisathian Y, Phahuwatanakorn W. Predictive factors of gestational weight gain. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(2): 339-47. (in Thai)
32. Hromadnikova I. Pathogenesis of pregnancy-related complications 1.0 and 2.0. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23(6): 1-4.
33. Njukang NE, EGBE TO, Sama M, Yoah TA, Kamgno J. Prevalence and risk factors of hypertensive disorders in pregnancy: case of Mezam Division, NWR Cameroon. *Journal of Women's Health and Development*. 2020; 3(3): 247-67.
34. Stanhewicz AE. Residual vascular dysfunction in women with a history of preeclampsia. *The American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2018; 315: R1062-R71.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ออกซิเจนบำบัด ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Providing Oxygen Therapy to the Patients Infected with the Coronavirus 2019 (COVID-19) in the Critical Cohort Department

ยุพา วงศ์สรไตร จินตนา แสงรุจี*
Yupha Wongrostrai Jintana Sangrujee*
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 10300
Navamindradhiraj University, Bangkok Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหออภิบาลแยกโรคจำนวน 18 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหออภิบาลแยกโรค แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค ประกอบด้วย 1) ประเมินความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแล 2) การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 3) การประเมินและติดตามอาการ ผลการศึกษการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD. = 0.32$)

ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), การให้ออกซิเจนบำบัด

Abstract

This study was to develop and use a clinical nursing practice guideline (CNPg) for Coronavirus 2019 (COVID-19) patients and evaluate the feasibility of implementation of the CNPg for the patients infected with COVID-19 in cohort intensive care unit at a tertiary hospital in Metropolitan, Bangkok. The sample was 18 registered nurses who work with patients infected with COVID-19. The National Health and Medical Research Council Model was used to develop the CNPg. The research tools were composed of: 1) the developed clinical nursing practice guideline about oxygen therapy for the patients infected with COVID-19, 2) a focus

group questionnaire, 3) in-depth- interview questionnaire, and 4) the feasibility of the CNPG questionnaire.

The results are as follows: 1) The developed clinical nursing practice guideline for the patients Infected with COVID-19 in the Critical Cohort Department consisted of 3 components as follows: 1) need assessment for intubation tube, 2) hypoxia assessment, 3) monitoring clinical signs and symptom. The results of applying found that the Feasibility of the clinical nursing practice guideline was at a high level ($\bar{X} = 2.66$, SD. = 0.32) and there was no incidence of registered nurses in the cohort intensive care unit infected with COVID-19.

Therefore, it can be further used as the CNPG in the cohort intensive care unit for the prevention of COVID-19 infection for a long time to investigate about the sustainability of CNPG use.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Coronavirus 2019 (COVID -19), Critical Cohort Nurse

บทนำ

ไวรัสโคโรนา 2019 นับว่าโรคระบาดที่ร้ายแรงและกระจายไปทั่วโรค มีผลต่อระบบการหายใจเป็นหลักและอาจมีผลต่อระบบอื่นๆ ร่วมด้วย โดยจะแฝงตัวไปกับละอองเสมหะที่จุกและปาก ผ่านการไอ จาม การพูดและสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย จนเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจไวรัสจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นและกระจายไปที่เซลล์ข้างเคียงทำลายเซลล์ที่หลอดลมและปอดส่งผลให้เกิดปอดอักเสบตามมาและกลายเป็นภาวะหายใจล้มเหลวในที่สุด¹ นอกจากนั้นยัง ส่งผลกระทบด้านสุขภาพทางจิตของบุคคลรอบครัว ไปจนถึงสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก มาตรการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน การคมนาคม การประกอบอาชีพ ก่อความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจ เสถียรภาพการเมือง การปกครอง ตลอดจนวัฒนธรรม ประเพณีของสังคม² นับว่าโรคไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งโลกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และประเทศอย่างมาก และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง และเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต และต้องรักษาตัวในผู้ป่วยแยกโรคเฉพาะหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

โรคติดเชื้อ COVID-19 จัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทำให้มีข้อจำกัดในด้านองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการจัดการควบคุมและป้องกันโรค³ จึงก่อให้เกิดความกังวลจากความท้าทายของการสาธารณสุข การวิจัยและการศึกษาด้านการแพทย์ รวมทั้งการสร้างนวัตกรรมต่างๆ ที่จะการควบคุมการระบาดของโรค รวมทั้งการดูแลรักษาและรับมือ เพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลหรือการป้องกันเพื่อลดการแพร่ระบาดของ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความปลอดภัยและลดการเสียชีวิตลงได้

พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยดังกล่าวมีความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรค อาการที่รุนแรง เหนื่อยเพลียและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานขั้นสูงและเฉพาะด้านเพื่อการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาปอดอักเสบในผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 และมีภาวะพร่องออกซิเจนยังมีน้อย ส่วนใหญ่การศึกษาเกี่ยวกับ COVID-2019 ในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติการณ์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ยาที่ใช้รักษาด้วยการใช้ยาคำแนะนำตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แม้ว่า จะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย⁴ และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย⁵ เป็นแนวทางในการปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางในขอบเขตการดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจง กับบริบทของหน่วยงาน แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค ยังมีเนื้อหาที่ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบทของการทำงาน ซึ่งมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ไม่มีกระบวนการศึกษาและติดตามถึงผลลัพธ์การนำไปใช้ในการปฏิบัติอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะพร่องออกซิเจน รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่สร้างจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางอากาศระบบทางเดินหายใจตามมาตรฐาน การดูแลระดับชาติและระดับโลกร่วมกับประสบการณ์ของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้โดยสร้างเจตคติ การรับรู้ความตระหนัก อบรมการใช้แนวทางปฏิบัติและกำกับติดตามให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลจะช่วย ให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

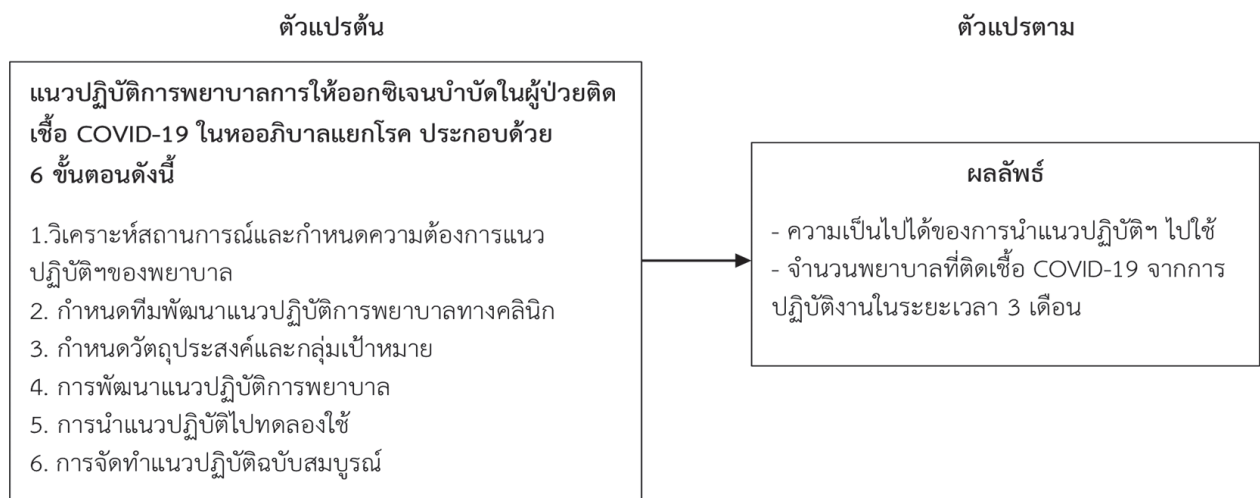
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค

2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรคไปใช้

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย⁶ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและศึกษา ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ไปใช้ตั้งแต่ เมษายนถึงพฤศจิกายน 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัด

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดความต้องการของพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ขั้นตอนที่ 5 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 6 การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับสมบูรณ์ ระยะที่ 2 ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หออภิบาลแยกโรค จำนวน ทั้งหมด 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย⁶ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ .90

2. แบบสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเกี่ยวกับปัญหาและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 version 1 และ version 2

4. แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ทางคลินิก ซึ่งพัฒนาโดย พิกุล นันทชัยพันธ์⁷ มี CVI เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับการอนุมัติ เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 เลขรหัส KFN 13/2020 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้คำถามที่ไม่กระทบต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลนั้นที่ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ไม่มีการทำการทดลองใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ทำการป้องกันผลกระทบในการระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูล

โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม เมื่องานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลจะถูกทำลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค ประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดความต้องการของแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มตามแบบสนทนากลุ่มกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยหรือผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 15 คน โดยใช้แบบสนทนากลุ่มเป็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง และกำหนดของเขตและปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลหออภิบาลแยกโรค 2 ราย ใช้เวลา 1 ชม.

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ให้พยาบาลประจำหน่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในงานวิจัยเชิญบุคลากรเข้าร่วมในคณะกรรมการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยเลือกบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลแยกโรค พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน และแพทย์ 1 ราย ขอเชิญเข้าร่วมประชุมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

3.2 กลุ่มเป้าหมาย ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คือ กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรค จำนวน 18 ราย และ ผู้ป่วยในหออภิบาลแยกโรค จำนวน 30 ราย

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

4.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของไทยและต่างประเทศตั้งแต่ ค.ศ. 2019 ถึง 2020 โดยกำหนดคำสำคัญ (key word) กลุ่มเป้าหมาย เช่น Infected Covid-19 with Pneumonia, กำหนดวิธีปฏิบัติ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่บำบัดด้วยออกซิเจน oxygenation therapy in Covid-19 patients, hypoxemia assessment, กำหนดประเภทหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น early initiation of oxygenation therapy in Covid-19 patients and RCT, oxygenation therapy guideline, การจัดทำ prone position เป็นต้น สืบค้นจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Cochrane library, CINNAHL, MEDLINE Science Direct, OVID, The JBI และจากwebsite เช่น www.google.com, www.who.net เป็นต้น เมื่อได้หลักฐานเชิงประจักษ์มาแล้วก็พัฒนาแนวปฏิบัติฯ ได้ประเมินคุณภาพ วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ และพิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันโชนาบริกส์

4.2 ประชุมร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อรับฟังความคิดเห็นโดยพิจารณาเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ที่ได้จากการบูรณาการความรู้ในการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

4.3 ส่งแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) และความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า ค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90) ปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 5 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้

5.1 ประชุมหัวหน้า และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรค เพื่อให้รับทราบและเข้าใจ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การอธิบายวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญ การนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ระยะเวลาในการนำไปทดลองใช้ 1 เดือน

5.2 วิเคราะห์ปัญหาหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รับฟังความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

5.3 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 ราย ที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ไปใช้เพื่อทราบความเห็นผู้ปฏิบัติในการใช้แนวปฏิบัติ นำข้อมูลที่ได้รับมาปรับแนวปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมมากขึ้นโดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1 ชั่วโมง และบันทึกเสียงร่วมด้วยจนได้ข้อมูลอิ่มตัว

ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับสมบูรณ์ ได้ปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร่าง) ตามผลการรับฟังความคิดเห็นทั้งหมดสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้

ประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรคเพื่อทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ฉบับสมบูรณ์) ให้ไปในทิศทางเดียวกัน โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญ มีการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระยะเวลาในการนำไปทดลองใช้ไปใช้ 1 เดือน การประเมินผลลัพธ์ของ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค จำนวน 18 คน และจำนวนอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลแยกโรค ที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรคภายในระยะเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ และกำหนดความต้องการของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติฯ ที่ได้พัฒนาคือไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และกำหนดความต้องการของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความเห็นซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ความเห็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ COVID-19 แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ประกอบด้วย 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ร้ายแรง เกิดความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จึงต้องปรับเปลี่ยนไปตามความรู้ที่เกิดขึ้น “โรค COVID-19 เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ ยังไม่พบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเลย...การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ทำอย่างไรจึงทำให้องค์พยาบาล หรือแม้แต่ว่าตัวเราเองมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐานเป็นแบบเดียวกัน โดยเฉพาะเรื่องการให้ออกซิเจนซึ่งนับว่าสำคัญมาก เพราะคนไข้มานอน โรงพยาบาลเพราะเหนื่อย ออกซิเจนต่ำ” 2) ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความรู้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ยังมีการศึกษาน้อย จากข้อมูล ดังนี้ “แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา หอบเหนื่อย มีภาวะออกซิเจนต่ำ ยังไม่ชัดเจน...นั่นแหละ ยังมีการศึกษาน้อยอยู่...แต่ก็ต้องปรับให้ทันความรู้ใหม่ๆ” 3) การปฏิบัติงานยังรูปแบบที่ไม่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อมูลดังนี้ “เรามีการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม COVID 19.....แต่ยังไม่ค่อยชัดเจนเท่าไร เรื่องการดูแลผู้ป่วยในการให้ออกซิเจนที่หออภิบาลแยกโรค หากเรามีการพัฒนาขึ้นตรงนี้ก็ดีมากเลย...ช่วยน้องพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

ประเด็นที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ดี แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ประกอบด้วย 1) เข้าใจง่ายและปรับให้เป็นแผนภูมิจะช่วยสร้างความเข้าใจง่ายมากขึ้น ดังข้อมูล “แนวปฏิบัติที่เราจะทำขึ้น ควรมีลักษณะที่ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่าย เป็นรูปแบบที่เป็น flow chart ดูแล้วเราสามารถทำตามได้ก็จะดีมาก มันสะดวก และสามารถปฏิบัติตามได้” 2) จัดจำง่าย โดยการบูรณาการเข้ากับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ดังผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “แนวทางการดูแลควรจะดูจากงานที่เราทำ คู่มือไปกับองค์ความรู้ใหม่ๆ เรื่องการให้ออกซิเจน ในผู้ป่วยที่มีอาการแตกต่างกัน หรือรุนแรงมากขึ้น ควรให้อะไร เป็น step ไปทำตามได้ง่ายขึ้น” และ 3) สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ

โดยการใช้หลักฐานที่อ้างอิงได้ ไม่ปรับตามความคิดเห็นส่วนบุคคล จากตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “แนวปฏิบัติการพยาบาลควรเป็นแบบที่มาจากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ และหากความรู้ยังไม่มากพอ ก็ควรสืบค้นจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือ...ตำรา...ไม่ควรมาจากข้อคิดเห็นเพียงอย่างเดียวก็จะทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ”

ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ได้นำข้อมูลที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

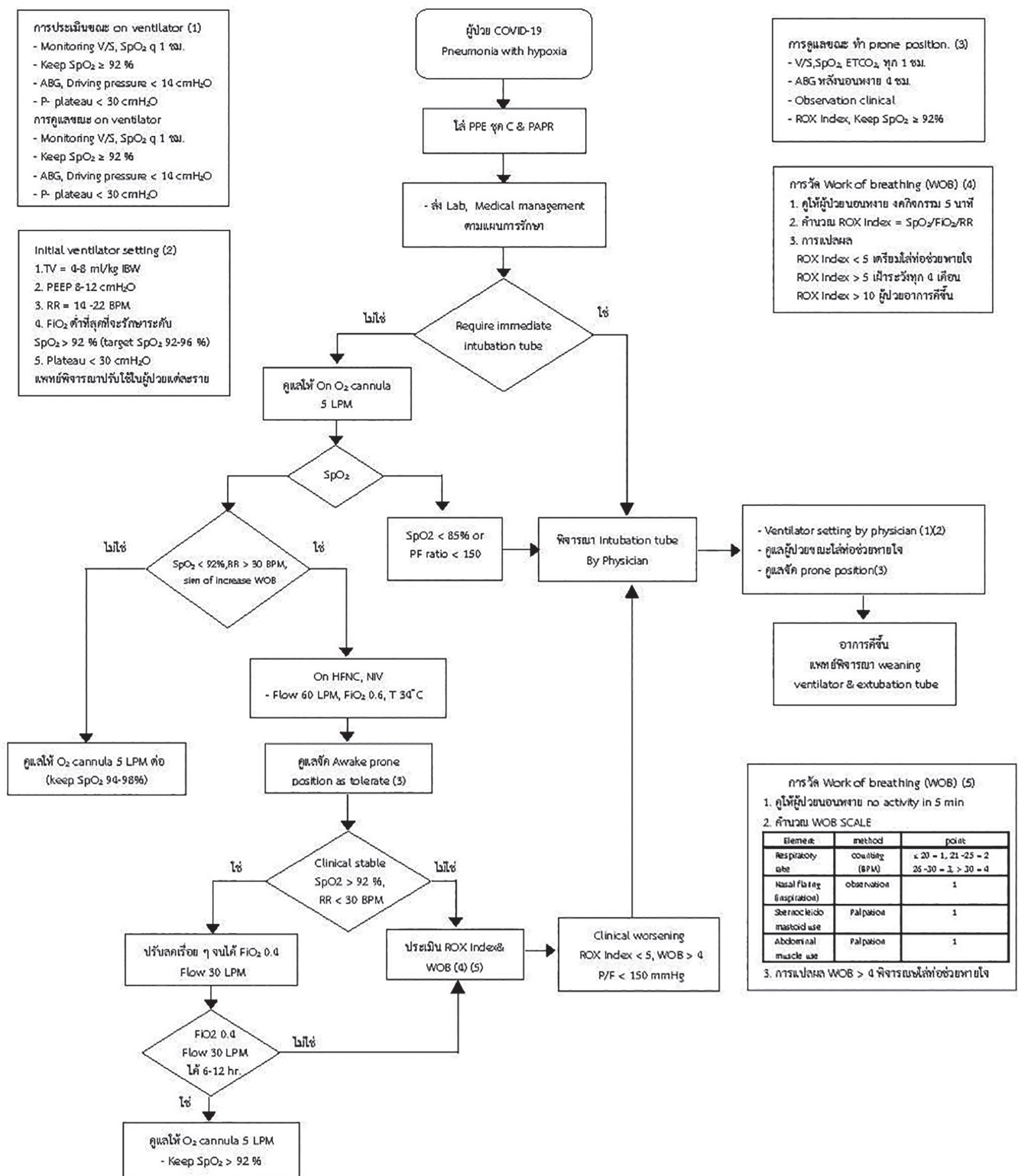
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแล 2) การประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน 3) การรักษาและการดูแลขณะให้ออกซิเจนในผู้ป่วยโควิด 2019 (ดังแผนภูมิที่ 2) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 รับเข้ามามดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องสวมชุด personal protective equipment: PPE ชุด C หรือ Powered air purifying respirator: PAPR โดยทีมสุขภาพที่ร่วมรักษารวมทั้งเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานใช้หลักการ standard and droplet precautions ในกรณีผู้ป่วยใช้ aerosol therapy พยาบาลควรใช้หลัก standard and airborne precautions

2.2 ดูแลให้ยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา (พิจารณาโดยแพทย์ ตามความเหมาะสม)

2.3 ประเมินความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพยาบาลประเมินพบภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ออกซิเจนปลายนิ้ว สัดส่วนของออกซิเจนในเลือดกับออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจตำรายานแพทย์เพื่อเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ และตั้งเครื่องช่วยหายใจ หลังจากนั้น ให้การปฏิบัติการผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับจัดทำนอนคว่ำและให้การดูแลผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท่อเลื่อนหลุด หรือแผลกดทับ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องและถอดท่อช่วยหายใจ

2.4 หากประเมินไม่มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยใส่ nasal canular flow 5 LPM (ไม่แนะนำให้ใช้ face mask หรือ oxygen mask with reservoir bag ที่ทำให้เกิดการกระจายตัวของ aerosol ในปริมาณมาก) และให้สวม surgical mask ให้ผู้ป่วยตลอด เวลาตามแผนการรักษา



แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.5 พยาบาลติดตามประเมินภาวะการขาดออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง หากออกซิเจนปลายนิ้วน้อยกว่า 85 % or P/F ratio<150 จำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ (ปฏิบัติตามแนวทางการใส่ท่อข้อ 2.3)

- หากประเมินพบออกซิเจนปลายนิ้วน้อยกว่า 92%, อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที, เพิ่มงานการหายใจให้ประเมิน รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (ปฏิบัติตามแนวทางการใส่ท่อข้อ 2.3)

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค มีดังนี้

ตาราง 1 ความเป็นไปได้ในการใช้ปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลแยกโรค (N = 18)

หัวข้อ	M	SD
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	2.56	0.35
2. ความชัดเจน และเข้าใจตรงกันในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้	2.56	0.35
3. ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	2.56	0.35
4. ความประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	2.61	0.14
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ	2.80	0.41
6. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	2.90	0.31
รวม	2.66	0.32

พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, SD. = 0.32)

3.2 จำนวนอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลแยกโรค ที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรค ไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลแยกโรค ที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติการพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา

3.1 ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ จากความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลแยกโรค คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 18 คนที่ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม-30 พฤศจิกายน 2564 พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, SD. = 0.32) ดังตารางที่ 1

2019 COVID-19) เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการพยาบาลให้ออกซิเจนในผู้ป่วย COVID โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประเมินว่าสามารถปฏิบัติได้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .90 จากนั้นนำไปผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติปรับปรุงและมีส่วนร่วมจัดทำแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ^{9,10} พบว่าการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานที่น่าเชื่อถือ มีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแนวปฏิบัติดังกล่าว ทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นที่ยอมรับ มีคุณภาพน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้ เช่นเดียวกับกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของนิวซีแลนด์¹¹ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติจะทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติไปใช้¹²

2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในหออภิบาลผู้ป่วยแยกโรค ผลการวิจัยพบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน ที่ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 30 ราย ตลอดระยะเวลา 2 เดือนพบว่าความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD. = 0.32$) อภิปรายได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการของผู้ใช้งาน มีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง เนื่องจากง่ายต่อการใช้งานมีความชัดเจน อภิปรายได้ว่าก่อนการทดลองได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในคลินิก ได้มีการอธิบาย ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนเป็นแผนผัง มีการประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนที่เป็นระบบ โดยใช้การประเมินออกซิเจนปลายนิ้ว อัตราการหายใจ สัดส่วนของความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) อาการและอาการแสดง การติดตามการทำงานการหายใจ (work of breath) ค่าดัชนี ROX index ซึ่งจะช่วยในการเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยรวมทั้งใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินใจในการในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง¹³

การปฏิบัติที่เข้าใจง่ายร่วมกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติมีแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามบริบทของหออภิบาลแยกโรคที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ให้ได้รับการดูแลเรื่องการให้ออกซิเจนบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์และผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติและปรับปรุงก่อนนำไปใช้ และสามารถปฏิบัติได้จริง แนวปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อนทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามบริบทของหน่วยงาน สามารถปฏิบัติตามได้โดยมีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,14} พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติต้องมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย และต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้แนวปฏิบัติด้วยเช่นกัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมโดยผู้ปฏิบัติสามารถสะท้อนคิดและได้รับการปรับปรุงพัฒนาจนเกิดเป็นแนวปฏิบัติที่ดี

จากการประเมินจำนวนอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพประจำที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงานในหออภิบาลแยกโรค ไม่มีอุบัติการณ์แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความเป็นไปได้ใน

การใช้แนวปฏิบัติที่มีความเห็นว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ซึ่งอยู่ระดับมาก อภิปรายได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับนี้มุ่งเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยงานและระบุทางเลือกที่ชัดเจน พัฒนาตามปัญหาของหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร้อมออกซิเจน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องการให้ออกซิเจนหรือการใส่ท่อช่วยหายใจ หากผู้ป่วยมีอาการที่คุกคามชีวิต รวมทั้งการประเมินในแต่ช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วย มีเครื่องมือที่ชัดเจน แปลผลได้ง่าย สะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติไม่รู้สึกยากลำบาก แต่สามารถสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ให้ออกซิเจนในหน่วยงานอื่น แต่ควรมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ และมีการนิเทศ ติดตามการในใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการ ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ทุกครั้ง เพื่อให้ความร่วมมือและเกิด ประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ยังศึกษาในพยาบาลและผู้ป่วยในระยะเวลาจำกัด ควรมีการศึกษาในแบบระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ด้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในตัวแปรอื่น เช่น ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

References

1. Fisher D., & Heymann D. Q & A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. BMC Medicine, 2020; 18:57.
2. Phuangprayong K. The Situation of impact, Support needs and adaptation of working age population during The COVID-19 pandemic: Empirical study in Bangkok. Suthiparithat journal, 2021; 35(1): 266-286. (in Thai)
3. Khan S, Liu J, & Xue M. Transmission of SARS-CoV-2, Required developments in research and associated public health concerns. Frontiers in Medicine, 2020; 7:310.
4. The Thai Society of Critical Care medicine Guidelines for treatment of the critical patients during The COVID-19 pandemic. 2020. (in Thai)
5. The Royal College of Physicians of Thailand. Guidelines for treatment of the critical patients during The COVID-19 pandemic. 2020. (in Thai)
6. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999.
7. Nantachaiphan P. Assessing the quality of the implementation of clinical guidelines. in the document accompanying the training lecture on the practice of empirical evidence, Organized by the Nursing Service Center Between 3-4 June 2006. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Chiang Mai; 2007. (in Thai)
8. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. The Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide School of Translational Health Science; 2014.
9. Prakeerana P. Development of a clinical of nursing practice guideline for discharge planning of chronic obstructive pulmonary elderly in Yahngsisurach Hospital, Mahasarakham Province. [Master Thesis of Nursing Science] Songkla: Prince of Songkla University; 2015. (in Thai).
10. Warin P. Apibunyopas P. & Wongjarupun S. Quality of work life affect in organizational commitment and service quality of nurses at accident and emergency department in Bhumibol Adulyadej hospital and Royal Thai Air Force hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2018; 19(2): 89-97. (in Thai)
11. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and prevention (NCCMERP). Taxonomy And medication Error; 1998.
12. Suthapan S., Sanpanya, T. The development of clinical practice for the medical error prevention in patient drug Use at Prae Hospital. Journal of Nursing Division, 2009; 36(3): 76-945.
13. Thanakijtummakul N. Nursing Care for Covid-19 Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021; 36 (3): 16-30.
14. Garritty C. M. Norris S. L, & Moher D. Developing WHO rapid advice guidelines in the setting of a public health emergency. Journal of clinical epidemiology, 2017; 82(1): 47-60.

ผลของแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทำงาน

The Effects of A Breast Self-Examination Application on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Working Women

จันทระเกษม เทียนทรัพย์*¹ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม¹ อรพินท์ สีขาว²

Jankasem Tiensap*¹ Kamontip Khungtumneum¹ Orapin Sikaow²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ 10540

¹Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakan, Thailand 10540

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000

²Faculty of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani 12000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทำงาน จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แอปพลิเคชันการตรวจเต้านม แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และประเมินความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชัน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .845 .817 .923 .847 และ .842 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และมีความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.22, S.D. = .44)

คำสำคัญ : แอปพลิเคชันตรวจเต้านม, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Abstract

This study quasi-experimental study aims to identify the effectiveness of Breast self exam application on health belief and breast self examination practice in 30 working age women. Research tool in this study was of Breast self exam application and health belief questionnaire, which consists of perceived susceptibility and severity of breast cancer, perceived benefits and capability of breast self examination, and satisfaction evaluation form. The Cronbach alpha coefficient of 0.845, 0.817, 0.923, 0.847 and 0.842, respectively. Statistical analysis was performed by average, standard deviation, and Dependent t-test.

The results revealed that the intervention group, who utilized the Breast self exam application, received higher health beliefs and precision of breast self examination with statistical significance ($p < 0.05$). The post-intervention satisfaction score of the Breast self exam application is also at the excellence level (mean = 4.22, S.D. = 0.44).

Keywords: Breast self exam application, Health Belief Model, Breast self examination

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งของสตรีทั่วโลก ข้อมูลจากการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565 พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง มีอุบัติการณ์การเกิดเท่ากับ 31.4 ต่อประชากรแสนคน และพบในวัยทำงานอายุระหว่าง 35-65 ปี¹ เมื่อสตรีวัยทำงานเป็นโรคมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัว² อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยการคัดกรองมะเร็งเต้านม³

แนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ดี³ แต่ปัจจุบันพบว่า สตรีวัยทำงานมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง สตรีวัยทำงานตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 11.2 โดยตรวจถูกต้องในระดับต่ำ ร้อยละ 55.24 เนื่องจากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง^{5,6} ซึ่งหากมีการกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ขณะที่การรับรู้ประโยชน์มากจะเป็นปัจจัยที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ⁷ จะสามารถทำให้สตรีวัยทำงานมีการตรวจเต้านมที่เพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการที่กระตุ้นให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่หลากหลายวิธีแตกต่างกันไป เช่น การใช้การบรรยาย การฉายวิดีโอ การฝึกปฏิบัติกับหุ่นเต้านมจำลอง เอกสารแผ่นพับ และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น⁸ แต่ในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ยุคดิจิทัล 4.0 มีการพัฒนาเครือข่ายระบบอินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชันต่างๆ เข้ามามีบทบาทความสำคัญในการให้ข้อมูล

ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผ่านทางโทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการสมาร์ทโฟน หรือแอนดรอยด์ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย พบว่ามีการนำใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีความเข้าใจด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹ และมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านทางสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน พบว่าสตรีมีความรู้และการตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.0 ถึง 72.6¹⁰ ซึ่งในปัจจุบันยังพบว่ามีงานวิจัยที่มีการพัฒนาสื่อทางด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ น้อย โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ เพื่อให้สตรีวัยทำงาน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมุติฐานการวิจัย

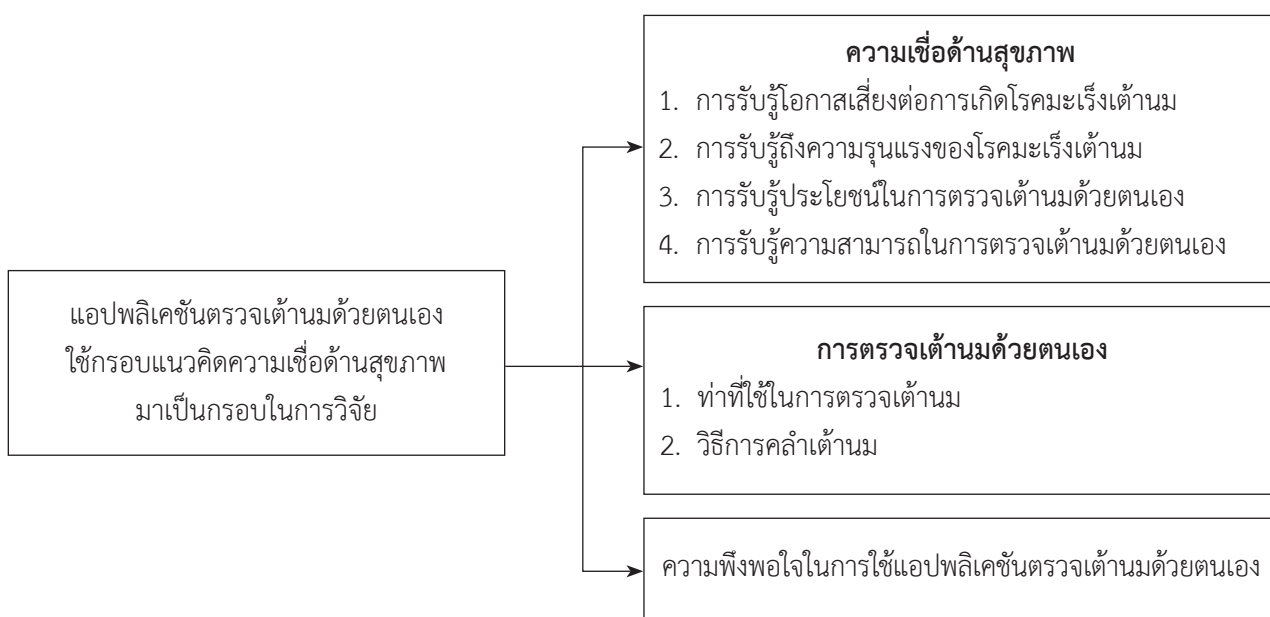
1. หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน
2. หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน
3. หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ (Health belief model) มาสร้างแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชัน ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สตรีอายุ 20-55 ปี ที่ทำงานในโรงพยาบาล เป็นพนักงานประจำ ทำงานในส่วนของสำนักงาน เจ้าหน้าที่การเงิน ประชาสัมพันธ์ และรับผู้ป่วยใน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ G*power3.1.9.4 (Effect size = 0.5, power (1- β) = 0.80, α err prob = 0.05) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเก็บเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ทั้งหมด 30 คน นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ ไม่มีโรคหรือ

ความผิดปกติของเต้านม มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นโปรแกรมประยุกต์บนระบบปฏิบัติการสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ ได้แก่ สมาร์ตโฟน หรือแท็บเล็ต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีเนื้อหาในแต่ละเมนูดังนี้

เมนูที่ 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คำถาม “คุณเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม” มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 6 ข้อให้เลือกตอบ การแปลผล ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ระบบจะแจ้งผลว่า “คุณมีความเสี่ยง แต่ไม่ต้องกังวลค่ะ เรามีข้อมูลดีๆ มาแนะนำ เชิญคุณกดหน้าแรก” ถ้าไม่มีเลย ระบบจะแจ้งผลว่า “ยินดีด้วย คุณไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตามควรเฝ้าระวังและหมั่นตรวจเช็คอย่างสม่ำเสมอ เรามีข้อมูลดีๆ มาแนะนำ เชิญคุณกดหน้าแรก”

เมนูที่ 2) เนื้อหาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม “มารู้จักมะเร็งเต้านมกัน” จะประกอบด้วยเนื้อหา ความสำคัญของมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยง อาการ และผลกระทบ

เมนูที่ 3) วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะประกอบด้วยภาพและคำบรรยายเกี่ยวกับการดูลักษณะของเต้านม และการคลำเต้านม

เมนูที่ 4) เกมส์ “เราทำได้คุณทำได้” ที่มีภาพเต้านมจำลอง เพื่อให้ผู้เล่นแสดงวิธีการคลำเต้านม จำนวน 3 ด้าน ด้านที่ 1 การคลำในแนวขึ้นลง ด้านที่ 2 การคลำแบบแนวกันหอย ด้านที่ 3 การคลำแบบแนวรูปลิ้น ผู้เล่นสามารถทำผิดได้เพียง 5 ครั้ง หากผิดครบทั้ง 5 ครั้งเกมส์จะจบทันที และระบบจะแจ้งว่า “ไม่เป็นไรนะ เดี๋ยวมาทดสอบกันใหม่อีกครั้ง” หากทำถูก ในแต่ละด้าน ระบบจะแจ้งว่า “ผ่านด้านที่ 1 ไปต่อ” และเมื่อผ่านทั้ง 3 ด้าน ระบบจะแจ้งว่า “คุณผ่านทั้ง 3 ด้านแล้ว ลองนำไปตรวจเต้านมตนเอง”

โดยเครื่องมือผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา และรูปแบบแอปพลิเคชัน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นอาจารย์ประจำสาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และได้ดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัย^{11,12} ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูงดัชนีมวลกาย (BMI) ลักษณะการมีประจำเดือน การรับประทานยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของครอบครัว และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ

เป็นข้อคำถามในเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ทำในการตรวจเต้านม ทำขึ้น จำนวน 6 ข้อ ทำนอน 3 ข้อ ตอนที่ 2 ทำคลำเต้านม 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 7 ข้อลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

โดยแบบสอบถามผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) .80-.89 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha's coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เท่ากับ .845 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ .817แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ .923 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ .847 และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ .842 และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วย KR-20 เท่ากับ .743

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล มีการสร้างสัมพันธภาพพิทักษ์สิทธิ์ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 1-3 หลังจากนั้น

ให้กลุ่มตัวอย่างดาวน์โหลดแอปพลิเคชันชื่อ “breast self-examination” ตรวจสอบเต้านมด้วยตนเอง ผ่านเครือข่ายทั้งระบบ IOS และ Android และแนะนำวิธีการใช้งานและรายละเอียดเนื้อหาของเมนูต่างๆ ในแอปพลิเคชันและให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชัน พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามถึงข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชันตรวจสอบเต้านมด้วยตนเองพร้อมนัดหมายเพื่อติดตามการใช้

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยติดตามผลการใช้งานโดยการสอบถามรายบุคคลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าไปศึกษาข้อมูลแอปพลิเคชันหรือไม่จำนวนกี่ครั้ง มีปัญหาอุปสรรคใด ถ้ามีผู้วิจัยจะช่วยเหลือและแนะนำการใช้แอปพลิเคชันตรวจสอบเต้านมด้วยตนเองเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-6) และ ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7-10) ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชันครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและสื่อสารข้อมูลการเข้าใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ และสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังจากการมีประจำเดือนแล้วหรือไม่ (โดยกำหนดติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อย 2 ครั้งหลังจากมีประจำเดือนในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมาหลังจากเข้าร่วมงานวิจัย) ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้เข้าไปใช้หรือไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสอบถามปัญหาอุปสรรค และแก้ปัญหาพร้อมกัน

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 11-12) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลากับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตรวจเต้านมได้อย่างน้อย 2 ครั้งในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา เพื่อเข้ามาประเมินผลหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 1-3 หลังจบการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ระดับความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน ตรวจสอบเต้านมด้วยตนเอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจสอบเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สถิติ Dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.974/2563 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2563 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางนา 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิในการยุติได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแอปพลิเคชันตรวจสอบเต้านมด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อไป

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.01 สถานภาพโสด ร้อยละ 63.34 ร้อยละ 83.30 มีประจำเดือนสม่ำเสมอทุกเดือน ร้อยละ 60.00 ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 83.30 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม และมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม ร้อยละ 16.70 ร้อยละ 53.30 ไม่ใช้เครื่องดื่มนแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ (ด้าน)	ก่อนใช้แอปพลิเคชัน		หลังใช้แอปพลิเคชัน		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	3.56	.35	3.99	.47	-4.64	.00*
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	3.72	.51	4.10	.46	-3.36	.002*
การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	4.00	.51	4.32	.37	-2.94	.006*
การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.47	.44	3.90	.47	-4.36	.00*

*p<.05

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่ม

ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าคะแนนการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ก่อนใช้แอปพลิเคชัน		หลังใช้แอปพลิเคชัน		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่ละขั้นตอนตามท่าที่ใช้และวิธีการคลำเต้านมด้วยตนเอง	.07	.13	.91	.15	-22.66	.00*

*p<.05

ถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความถูกต้อง

ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -22.66, p = .00)

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หัวข้อการประเมิน	ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านที่ 1 ด้านความตรงตามเนื้อหาการใช้ของแอปพลิเคชัน			
1. เนื้อหา มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.27	.45	มากที่สุด
ด้านที่ 2 ด้านการทำงานได้ตามฟังก์ชันการทำงาน			
2. เมนูคำสั่งต่างๆ ใช้งานได้ดี	4.27	.52	มากที่สุด
3. ความเร็วในการประมวลผลของแอปพลิเคชัน	4.20	.66	มาก
4. รูปแบบของแอปพลิเคชันน่าสนใจ	4.17	.53	มาก
ด้านที่ 3 ด้านความง่ายต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน			
5. มีความเหมาะสมในการเลือกใช้ตัวอักษรและรูปแบบแอปพลิเคชัน	4.20	.55	มาก
6. ความเหมาะสมในการใช้สัญลักษณ์หรือรูปภาพในการสื่อความหมาย	4.23	.63	มากที่สุด
7. แอปพลิเคชันมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้งาน	4.20	.61	มาก
รวม	4.22	.44	มากที่สุด

แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.22, S.D. = .44) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดคือเนื้อหา มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง และเมนูคำสั่งต่างๆ ใช้งานได้ดี (Mean = 4.27, S.D. = .52)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ก่อนกลุ่มตัวอย่างเริ่มใช้แอปพลิเคชันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้มีการประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ระดับใด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีค่า

เฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = .47) พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดหลังการใช้แอปพลิเคชัน คือ หากท่านมีญาติสายตรงมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ท่านจะมีความเสี่ยงมากขึ้น ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = .46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม คิดเป็นร้อยละ 16.70 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ พบว่าบุคคลที่มีการคาดคะเนหรือรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโอกาสการเกิดโรคซ้ำ จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้⁵ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁵

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมนั้น ในส่วนเมนูที่ 2) มา รู้จักมะเร็งเต้านมกัน จะเป็นเนื้อหาที่อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงอาการ และผลกระทบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมที่มีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสามารถทำให้เสียชีวิตได้ จากผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = .46) โดยข้อที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ มะเร็งเต้านมถ้าไม่รักษาสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .70) สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าหากบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา จะทำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติตนเองเพื่อที่จะการป้องกันโรค⁷ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ 0.075 เท่า (95% CI = 0.025 ถึง 0.226, p-value < .001)¹³

การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งอยู่ในแอปพลิเคชันเมนูที่ 3) วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะประกอบด้วยภาพและคำบรรยายเกี่ยวกับการดูลักษณะของเต้านม และการคลำเต้านม จะสามารถดูการสาธิตและทดลองตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยในระยะแรกผู้วิจัยจะช่วยอธิบายและชี้แนะเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามรูปภาพในแอปพลิเคชัน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง³ โดยพบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .37) ข้อที่มีการรับรู้ประโยชน์มากที่สุดคือการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ค้นหาคำตอบได้เร็วขึ้น ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = .62) สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันที่พบว่าเนื้อหาที่มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .45) ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ 4.239 เท่า (95% CI = 1.668 ถึง 10.771, p-value = 0.002)¹³

ส่วนการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้แอปพลิเคชันจะได้รับความรู้ ดูการสาธิตและทดลองตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีเกมสักร้าทำได้ คุณทำได้ เป็นภาพเต้านมจำลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการคลำเต้านม จำนวน 3 ด้านซึ่งถ้ากลุ่ม

ตัวอย่างสามารถคลำเต้านมได้ถูกต้องทั้ง 3 ด้านจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = .47) นอกจากนี้แอปพลิเคชันมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้งาน ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = .61) สามารถเข้าไปใช้บททวนได้ตลอดเวลาตามความต้องการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้บททวนเมื่อต้องการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นซึ่งถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถก็จะเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันโรคได้เช่นกันสอดคล้องกับการศึกษาที่มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักเรียนหญิงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพด้านความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁵

สมมุติฐานที่ 2 หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานสามารถอธิบายว่า

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม รับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเข้าไปในเมนูที่ 3) วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะประกอบด้วยภาพและคำบรรยายเกี่ยวกับการดูลักษณะของเต้านม และการคลำเต้านม และเมนูที่ 4) เราทำได้ คุณทำได้ เป็นเกมสักร้าภาพเต้านมจำลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีการคลำเต้านม กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้เพียง 5 ครั้ง หากผิดครบทั้ง 5 ครั้งเกมจะจบทันที หากทำถูกในแต่ละด้าน ระบบจะแจ้งว่า “ผ่านด้านที่ 1 ไปต่อจนครบ 3 ด้าน ซึ่งจะเป็นการฝึกฝนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซ้ำๆ นอกจากนี้การเข้าใช้แอปพลิเคชันจะสะดวก สามารถเข้าไปใช้บททวนได้ตลอดเวลาตามความต้องการ จึงทำให้หลังจากใช้แอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจจนทำให้มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

สมมุติฐานที่ 3 หลังจากใช้แอปพลิเคชันตรวจเต้านม

ด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากแอปพลิเคชันการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยสามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลาตามความต้องการ สอดคล้องกับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดหลังการใช้แอปพลิเคชันคือ เนื้อหาที่มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริงและเมนูคำสั่งต่างๆ ใช้งานได้ดี ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = .52) สามารถสร้างแรงจูงใจให้สตรีวัยทำงานอยากเรียนรู้ และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองของตนเองได้อย่างถูกต้องวิธีและสม่ำเสมอสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านทางสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน พบว่า การได้รับความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านทางสมาร์ทโฟนสามารถเพิ่มความรู้และการตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 40.0 ถึง 72.6¹⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลต่อการรับรู้ ทั้ง 4 ด้าน และส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าต่อไปควรนำไปศึกษาทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมในกลุ่มวัยที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระบบการแจ้งเตือนภายในแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการพัฒนารูปแบบโปรแกรมแบบออนไลน์ให้ทันสมัย เพื่อดึงดูดให้สื่อน่าสนใจ น่าศึกษา และเพื่อให้บุคคลทั่วไปง่ายต่อการเข้าถึงโปรแกรม

2. นำหลักการสร้างแอปพลิเคชันไปประยุกต์ใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเป็นสื่อการสอนที่น่าสนใจ และสามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้

References

1. Chaiweerawattana A, Imsamran W. Recommendations for breast cancer screening in Thailand. Bangkok; National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. 2019. (in Thai)
2. Waenwong N. Effects of self-efficacy programs on breast cancer prevention behaviors in the cleaning lady group. (dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
3. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2011-2012. American Cancer Society. 2011; 8(6): 1-34.
4. Chamnanchang S, Priyatrak P, Muphayak K. Factors affecting breast self-examination behavior of working women. Journal of Nursing Science. 2014; 32(3): 42-51. (in Thai)
5. Phakdiwong N, Komonwiphat N. Knowledge, health beliefs self-efficacy and breast self-examination behavior among female students receiving breast self-examination promotion program. APHEIT journal. 2018; 7(1): 57-70. (in Thai)
6. Jituea S, Chanthawong C, Krungkraipetch N. Effects of motivation program on breast self-examination of early adult females in Khlung Municipality, Khlung District, Chanthaburi Province. Journal of Clinical Medicine Education Center Phrapokklao Hospital. 2017; 34(1): 40-53. (in Thai)
7. Phaowattana A, Klampakorn S, Thiengtham V. An analysis of health promotion and disease prevention research published in Journal of Public Health Nurses between 1997-2009. Journal of Public Health Nursing. 2012; 26(2): 22-43. (in Thai)
8. Trakulram S, Trithipsombat J. Effects of promoting

- breast self-examination programme on women in Hindat Sub-District, Dankhunhot District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Council of Community Public Health*. 2018; 24 (2): 46-56. (in Thai)
9. Thapkhong S, Nuanjam P, Wirotjana N, Duangchan P. Effect of using LINE applications health media to diabetic knowledge and understanding of schools' staff. *Journal of Nursing, Siam University*. 2018; 19(36): 78-87. (in Thai)
 10. Jaesung H, Mison C, Ki Young L, Young-Taek O, O Kyu N, Rae W. Effects of a smartphone application on breast self - examination: A feasibility study. *Healthcare Informatics Research*. 2013; 19 (4): 250-60.
 11. Nonthapha S. Related to breast cancer prevention behaviors among female teachers in provincial schools, central region. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
 12. Phakjeerasakul P. Factors Affecting breast Self-Examination Behavior among Thai Women in Lampang Province. (dissertation). Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
 13. Trithipsombat J. The Relationship between knowledge, health perception and breast cancer preventive behaviors in risk groups women. Office of Disease Prevention and Control No. 7, KhonKaen. 2019; 26(3): 13-24. (in Thai)
 14. Wiriya-alongkorn W, Chamroonsawasdi K, Muangpaisan W, Chuthapisith S. Effect of breast self-examination acquisition program on knowledge, attitudes and accuracy of practice of breast Self-Examination among female village health volunteers in Wangchan District, Rayong Province. *Thammasat Medical Journal*. 2015; 15(2): 282-90. (in Thai)
 15. Robrujen S, Thongkwan W, Vutiso P. The effects of community participation empowerment program on the self-care abilities in fall prevention among the elderly in Na Fai Sub-district, Muang District, Chaiphum Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022; 23(3): 99-109. (in Thai)

การศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

A Study of Ophthalmic Nurse Competency, Government University Hospital

โคศิษฐา ไชยมนตรี* อารีวรรณ อ่วมตานี

Sositta Chaimontree* Areewan Oumtane

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุจำนวน 19 คน ได้แก่ แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และอาจารย์พยาบาล ดำเนินการวิจัยโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแต่ละระดับและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อนำมาสรุปผล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา 2) ด้านการจัดการความเสี่ยง 3) ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยพยาบาลแต่ละระดับจะมีสมรรถนะแตกต่างกัน ดังนี้

พยาบาลระดับ 1 สามารถให้การพยาบาลในระดับพื้นฐานและอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง

พยาบาลระดับ 2 สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนและนำนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้ได้

พยาบาลระดับ 3 สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และผลงานวิจัยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้

พยาบาลระดับ 4 สามารถสร้างงานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลเฉพาะทางตาได้

พยาบาลระดับ 5 สามารถเป็นแบบอย่างด้านการพยาบาลและการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยเฉพาะทางตาได้

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลจักษุ, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

Abstract

The purpose of this research was to describe the ophthalmic nurse competency based on career ladder, government university hospital, using Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) technique. Participants were 19 eye experts including physicians, nursing administrators, advanced practice nurses, staff nurses and professors. The research design: all experts were asked to describe the functional competency of ophthalmic nurse, government university hospital. The data were analyzed by using median and interquartile range to summarize competency.

The result of the study presented that the ophthalmic nurse competency based on career ladder were classified in to 4 components as follow 1) Ophthalmological nursing 2) Risk management 3) Providing information and counseling 4) Quality improvement

Corresponding Author: *E-mail: JP.sositta@hotmail.com

วันที่รับ (received) 20 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ม.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ม.ค. 2566

The competency of nurses in each level has the same major competency but different detail as follows:

Nurse level 1 Provides nursing care at a basic level.

Nurse level 2 Provide specialized eye care in patients with no complex problems.

Nurse level 3 Applies advanced knowledge for caring complicated eye patients.

Nurse level 4 Create ophthalmic nursing research and innovations.

Nurse level 5 Able to be a good model in specialized eye nursing care and develop ophthalmic nursing research and innovations.

Keywords: Ophthalmic nurse competency, government university hospital

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก มีสถิติรายงานโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดโรคตาที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรคต้อกระจก ต้อหิน โรคของจอประสาทตา เป็นต้น¹ ประกอบกับปัจจุบันปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาโรคตาเกิดจากการขยายตัวของเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม ทำให้แนวโน้มของสาเหตุความพิการทางสายตาของผู้ใหญ่ที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน หรืออุบัติเหตุทางตาที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น² ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคตาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคตาเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุข หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น เกิดปัญหาตาบอดหรือสายตาพิการตามมา³

พยาบาลจักษุจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี เพราะปัญหาตาบอดหรือสายตาพิการนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ต้องเป็นภาระของครอบครัว และสังคมในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้พิการทางสายตาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาจึงมีความสำคัญอย่างมากเพราะทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยสามารถเข้าใจและแยกแยะปัจจัยเสี่ยงในแต่ละโรค แต่ละกลุ่มอายุ รวมทั้งวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องและครอบคลุมกับความต้องการของผู้ป่วย³ ปัจจุบันพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีหลากหลายระดับความสามารถขึ้นอยู่กับระยะเวลาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยโรคตาก็มีหลายระดับทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ทำให้ความต้องการการดูแลจากพยาบาลจักษุมีความ

แตกต่างกัน การจัดสรรพยาบาลจักษุให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ แต่ในปัจจุบันเนื่องจากยังไม่มีกำหนดสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากพยาบาลจักษุ ประกอบกับความเจริญทางด้านเทคโนโลยีการรักษาทำให้พยาบาลต้องมีการพัฒนาตัวเองให้มีสมรรถนะทันตามวิทยาการการดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลจักษุ จึงต้องเด่นชัดและเฉพาะทางเพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับภาวะโรคและความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการกล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคตาเพียงบางส่วนยังไม่ได้มีรายละเอียดของสมรรถนะและคุณลักษณะของพฤติกรรมบ่งชี้ที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่ชัดเจน^{4,5,6,7} ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยโรคตา ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาสมรรถนะของพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐว่าควรมีสมรรถนะด้านใดบ้าง และพยาบาลจักษุที่แบ่งระดับตามบันไดอาชีพรายละเอียดพฤติกรรมของสมรรถนะแต่ละรายด้านอย่างไร เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองและผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาความสามารถของพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ควรมีสมรรถนะด้านใดบ้าง
2. พยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ที่แบ่งระดับตามบันไดอาชีพควรมีรายละเอียดพฤติกรรมของสมรรถนะแต่ละรายด้านอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้บูรณาการเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การศึกษาการกำหนดขอบเขตหน้าที่และมาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคตา⁴ บทบาทพยาบาลจักษุในการจัดการพยาบาลผู้มีความผิดปกติทางตา⁵ กรอบสมรรถนะทางการพยาบาลจักษุสำหรับพยาบาลวิชาชีพ⁶ และการพยาบาลจักษุวิทยา⁷ สามารถสรุปเป็นสมรรถนะของพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา 2) ด้านการให้คำปรึกษา 3) ด้านจัดการความเสี่ยง 4) ด้านการวิจัย ร่วมกับแนวคิดการแบ่งระดับพยาบาลตามบันไดอาชีพของ Benner ซึ่งแบ่งพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) พยาบาลระดับ 1 (Novice) 2) พยาบาลระดับ 2 (Advance beginner) 3) พยาบาลระดับ 3 (Competent) 4) พยาบาลระดับ 4 (Proficient) และ พยาบาลระดับ 5 (Expert)⁸

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญซึ่งคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา คือ แพทย์เฉพาะทางจักษุ มีประสบการณ์ในตำแหน่งจักษุแพทย์ไม่น้อยกว่า 10 ปี ผ่านการอบรมเฉพาะทางจักษุภายในประเทศหรือต่างประเทศ มีประสบการณ์การเป็นวิทยากรในหลักสูตรการอบรมเวชปฏิบัติทางตาหรือการอบรมด้านจักษุ

2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานการพยาบาลจักษุ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุไม่น้อยกว่า 5 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์หรือสูงกว่า และผ่านการฝึกอบรมเวชปฏิบัติทางตา

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse) มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานจักษุไม่น้อยกว่า 10 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์และได้รับวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตา และผ่านการอบรมด้านจักษุและเวชปฏิบัติทางตา

4. ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานจักษุไม่น้อยกว่า 10 ปี ผ่านการอบรมด้านจักษุและเวชปฏิบัติทางตา

5. ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ คือ อาจารย์พยาบาล มีประสบการณ์ในตำแหน่งอาจารย์พยาบาลด้านจักษุไม่น้อยกว่า 5 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า มีผลงานวิชาการ งานวิจัย หรือตำราด้านจักษุ มีประสบการณ์เป็นวิทยากรในหลักสูตรการอบรมเวชปฏิบัติทางตาหรือการอบรมด้านจักษุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากการวิจัยเชิงอนาคต (EDFR) มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ เครื่องมือจึงได้แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

เครื่องมือรอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการความคิดจากตำรา วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐควรมีสมรรถนะด้านใดบ้าง และพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่แบ่งระดับตามบันไดอาชีพควรมีรายละเอียดพฤติกรรมของสมรรถนะแต่ละรายด้านอย่างไร

เครื่องมือรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินค่าแนวโน้มความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในรูปแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 4 สมรรถนะ

130 สมรรถนะย่อยซึ่งสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากรอบที่ 1

เครื่องมือรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาซีฟ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในรูปแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ เช่นเดียวกับรอบที่ 2 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยแสดงค่ามัธยฐาน (MD) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาความคิดเห็นของตนเองเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง โดยแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย โดยความตรงตามเนื้อหาแฝงอยู่ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านจักษุโดยตรง ซึ่งโดยทั่วไปจะรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนไม่น้อยกว่า 17 คน นอกจากนี้ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญมีการปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถาม ซึ่งเสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามควบคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จำนวน 14 คน เฉลี่ยคนละ 60 นาที และผู้เชี่ยวชาญที่สะดวกให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 5 คน เฉลี่ยคนละ 45 นาที ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2559 - 10 เมษายน 2560 รวมระยะเวลา 121 วัน

รอบที่ 2 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญของสมรรถนะแต่ละด้านของพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2560 - 5 ตุลาคม 2560 รวม 24 วัน

รอบที่ 3 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาคำตอบของตนเองเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ก่อนยืนยัน

หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2560-8 พฤศจิกายน 2560 รวม 16 วัน รวมทั้ง 3 รอบ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 161 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้สมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาซีฟ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ 4 สมรรถนะ 130 สมรรถนะย่อย

รอบที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญในระดับมากขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่า 1.50 แสดงถึงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมข้อเสนอแนะเพิ่มเติม มาปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น⁹

รอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 ได้สมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาซีฟ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ 4 สมรรถนะ 130 สมรรถนะย่อย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อป้องกันผลกระทบทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยโครงร่างการวิจัยได้รับอนุมัติการวิจัยในวันที่ 8 ธันวาคม 2559 เลขที่โครงการวิจัย ID11-59-40 จากนั้นผู้วิจัยได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้อิสระที่จะตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูล รวมทั้งการเคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและไม่เผยแพร่แก่สาธารณชน เทปในการสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และเทปในการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้น

สุดการวิจัย ผลการวิจัยจะนำมาสรุปและวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงไปถึงกลุ่มในการวิจัยได้ ผู้วิจัยขอยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ ความยินยอมก่อนเริ่มการให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่เป็นต้นทางเดิมของผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า พยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแต่ละระดับนั้นมีสมรรถนะหลัก 4 สมรรถนะ แบ่งเป็นสมรรถนะย่อย 130 สมรรถนะ มีค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูล (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ดังแสดงในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของสมรรถนะ พยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา กรณีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยยา กรณีการรักษาด้วยการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุทางตา

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา	รอบที่ 3		
	MD	IR	ระดับ
พยาบาลระดับ 1			
สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตาเบื้องต้นได้	4.57-4.75	0.13-0.69	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 2			
สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตาที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนได้ครบถ้วน	4.53-4.75	0.13-0.87	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 3			
สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ	4.68-4.75	0.13-0.29	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 4			
สามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้	4.63-4.75	0.13-0.53	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 5			
สามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคตาได้	4.53-4.75	0.13-0.87	มากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุตาม บันไดอาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา ทั้ง 3 กรณีมีความสำคัญในระดับมากที่สุด (MD = 4.53-4.75, IR = 0.13-0.87) ซึ่งพยาบาลระดับ 1 ต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตาเบื้องต้นได้ พยาบาลระดับ 2 ต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตาที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนได้

ครบถ้วน พยาบาลระดับ 3 ต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ พยาบาลระดับ 4 ต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ และ พยาบาลระดับ 5 ต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคตาได้

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการจัดการความเสี่ยง

สมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยง	รอบที่ 3		
	MD	IR	ระดับ
พยาบาลระดับ 1 สามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงเบื้องต้นได้	4.66	0.39	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 2 สามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งหมดได้	4.63	0.57	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 3 สามารถจัดการความเสี่ยงได้ถูกต้องและทันเหตุการณ์	4.60	0.62	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 4 สามารถวางแผนและป้องกันความเสี่ยงได้	4.68	0.29	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 5 สามารถควบคุมความเสี่ยงให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด	4.68	0.29	มากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพรองพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการจัดการความเสี่ยง มีความสำคัญในระดับมากที่สุด (MD = 4.60-4.68, IR = 0.29-0.62) ซึ่งพยาบาลระดับ 1 ต้องสามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงเบื้องต้นได้ พยาบาลระดับ 2 ต้องสามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งหมดได้ พยาบาลระดับ 3 ต้องสามารถจัดการความเสี่ยงได้ถูกต้องและทันเหตุการณ์ พยาบาลระดับ 4 ต้องสามารถวางแผนและป้องกันความเสี่ยงได้ และพยาบาลระดับ 5 ต้องสามารถควบคุมความเสี่ยงให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของสมรรถนะพยาบาลจักษุตาม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา

สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา	รอบที่ 3		
	MD	IR	ระดับ
พยาบาลระดับ 1 สามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาเบื้องต้นได้	4.68-4.70	0.29-0.30	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 2 สามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนได้	4.68-4.75	0.29-0.13	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 3 สามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อนได้	4.63-4.75	0.13-0.53	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 4 สามารถให้คำปรึกษาได้ครอบคลุมและสะท้อนกลับความรู้ความเข้าใจได้	4.66-4.75	0.13-0.38	มากที่สุด
พยาบาลระดับ 5 สามารถเลือกรูปแบบการให้คำปรึกษาได้เหมาะสมกับผู้ป่วย และสามารถให้คำปรึกษาแก่บุคลากรอื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้			

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพรองพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา มีความสำคัญในระดับมากที่สุด ($MD = 4.63-4.75$, $IR = 0.13-0.053$) ซึ่งพยาบาลระดับ 1 ต้องสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาเบื้องต้นได้ พยาบาลระดับ 2 ต้องสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนได้

พยาบาลระดับ 3 ต้องสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อนได้ พยาบาลระดับ 4 ต้องสามารถให้คำปรึกษาได้ครอบคลุมและสะท้อนกลับความรู้ความเข้าใจได้ และพยาบาลระดับ 5 ต้องสามารถเลือกรูปแบบการให้คำปรึกษาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยและสามารถให้คำปรึกษาแก่บุคลากรอื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	รอบที่ 3		
	MD	IR	ระดับ
พยาบาลระดับ 1 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติและนำนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้ได้ถูกต้อง	4.13-4.23	0.16-0.47	มาก
พยาบาลระดับ 2 สามารถค้นคว้าความรู้ใหม่ๆ จากหลักฐานเชิงประจักษ์และคิดนวัตกรรมอย่างง่ายได้	4.13-4.29	0.16-0.76	มาก
พยาบาลระดับ 3 สามารถคิดและสร้างนวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อนได้ ตารางที่ 4 (ต่อ)	4.18-4.23	0.69-0.74	มาก
พยาบาลระดับ 4 สามารถรวบรวมความรู้สร้างเป็นนวัตกรรมหรืองานวิจัยได้	4.23	0.74	มาก
พยาบาลระดับ 5 สามารถเผยแพร่นวัตกรรมทางการพยาบาลแก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้	4.23-4.29	0.74-0.76	มาก

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพรองพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีความสำคัญในระดับมาก ($MD = 4.18-4.29$, $IR = 0.16-0.76$) ซึ่งพยาบาลระดับ 1 ต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติและนำนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้ได้ถูกต้อง พยาบาลระดับ 2 ต้องสามารถค้นคว้าความรู้ใหม่ๆ จากหลักฐานเชิงประจักษ์และคิดนวัตกรรมอย่างง่ายได้ พยาบาลระดับ 3 ต้องสามารถคิดและสร้างนวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อนได้ พยาบาลระดับ 4 ต้องสามารถรวบรวมความรู้สร้างเป็นนวัตกรรมหรืองานวิจัยได้ และพยาบาลระดับ 5 ต้องสามารถเผยแพร่นวัตกรรมทางการพยาบาลแก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลจักษุตามบันไดอาชีพรองพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ จากกรอบแนวคิดเบื้องต้นกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันมากถึงมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายในแต่ละด้านดังนี้

1. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางตา อภิปรายได้ว่า สมรรถนะด้านการปฏิบัติเฉพาะทางตา ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญในกระบวนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการรวบรวมข้อมูลและตรวจประเมินความผิดปกติทางสายตา ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคตา แนวทางการรักษากลไกการออกฤทธิ์และภาวะแทรกซ้อนของยาที่ใช้เฉพาะทางตา

การวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพราะพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคตาทุกคนต้องปฏิบัติ เพราะเป็นการประเมินปัญหาผู้ป่วยเบื้องต้นตามมาตรฐานของสำนักการพยาบาล¹⁰ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการค้นหาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคตา ซึ่งในการตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคตาด้วยวิธีการตรวจวัดสายตา การวัดความดันตา การตรวจตาภายนอก การตรวจภายใน ลูกตาส่วนหน้าเป็นวิธีการประเมินปัญหาโรคตาเบื้องต้นที่พยาบาลจะสามารถใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคตาได้⁷ สอดคล้องกับการแบ่งระดับพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลระดับ 1 เป็นพยาบาลจบใหม่เป็นผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยอาศัยความรู้พื้นฐานทางทฤษฎี พยาบาลระดับ 2 สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนได้ตามมาตรฐานการพยาบาล พยาบาลระดับ 3 สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาที่มีปัญหาซับซ้อนได้ตามมาตรฐานการพยาบาล พยาบาลระดับ 4 สามารถใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ พยาบาลระดับ 5 สามารถเลือกรูปแบบการให้การพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและพัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะทางตาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลได้⁸

2. สมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยง อภิปรายได้ว่า พยาบาลต้องสามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงรวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อวางแผนการแก้ไขให้ทันเวลา เกิดความเสียหายกับผู้ป่วยน้อยที่สุด เนื่องจากความเสี่ยงทางตาทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นหรืออาจรุนแรงถึงตาบอดได้ด้วยเหตุนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ถูกต้อง⁶ ซึ่งพยาบาลระดับ 4 เป็นพยาบาลที่สามารถรับรู้สถานการณ์ได้ทั้งหมดแบบองค์รวมซึ่งมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจสามารถสังเกตเห็นสิ่งผิดปกติและแก้ปัญหาได้อย่างแม่นยำ⁸

3. สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา อภิปรายได้ว่า พยาบาลต้องสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจการรักษาและขณะเข้ารับการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งพยาบาลควรให้ข้อมูลเสริมคำอธิบายของแพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อความเข้าใจในการพยากรณ์โรค

การรักษาเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตัว¹¹ โดยพยาบาลจักษุต้องสามารถวางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีความพร้อมการมองเห็นได้อย่างเหมาะสม¹²

4. สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล อภิปรายได้ว่า การใช้ข้อมูลทางวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคตามาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจะส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สมรรถนะของพยาบาลในด้านวิชาการและการวิจัยนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนไม่รู้และมีคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ สืบค้นความรู้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม สรุปประเด็นความรู้จากตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้¹³ ซึ่งมีการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับรู้ว่าตนมีสมรรถนะในด้านการวิจัยและการจัดการความรู้¹⁴

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแบบประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
2. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนการพัฒนาพยาบาลและแผนการฝึกอบรมให้กับพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
3. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางตาให้มีความครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐทุกระดับ เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการนำสมรรถนะไปใช้ในการประเมินพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของต่อไป

References

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Strategies, Indicators and Guidelines for Data Storage. Ministry of Public Health Fiscal Year 2014. 2014.
2. Social Security Fund Office Social Security Office Ministry of Labor. Statistics on the occurrence of hazards or work-related illnesses classified by severity and causes of harm, 2013. 2013.
3. Sripaisal, S. Nursing care for ophthalmic patients. Bangkok: Thammasat University; 2002. (in Thai).
4. Royal College of Nursing. The nature, scope and value of ophthalmic nursing. London: RCN; 2009.
5. Smith, S. Management of client with visual disorders. Singapore: Elsevier Inc; 2009.
6. The Nursing Department, MaharajNakorn Chiang Mai Hospital. The professional nurse competency assessment tool. Chiang Mai, Thailand: Faculty of Medicine, Chiang Mai university; 2010. (in Thai).
7. Kerdchuchern K and Rimsritong S. The nursing of ophthalmology. 1st ed. Bangkok, Thailand: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university; 1996. (in Thai).
8. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley; 1984.
9. Pulpattarachewin, J. The ethnographic delphi future research. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn Publishing; 1996. (in Thai).
10. Department of Nursing. Nursing care standards. Nonthabury, Thailand: Department of Medical Services Ministry of Public Health; 2006.
11. Rimsritong, S. Nursing care for adults and the elderly. Bangkok, Thailand: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university; 2015. (in Thai).
12. Prain, A. Development of an ophthalmic nursing competency framework of professional nurses, Lamphun hospital. Chiang Mai university; 2011. (in Thai).
13. Nursing Council. Professional Nursing and Midwifery Act, and amended by the Nursing and Midwifery Profession Act (No.2). Bangkok, Thailand: Nursing Council; 2009.
14. Nantsupawat A, Sathapornpat P. Competency and Role of Health Promotion among Nurses in Tertiary Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1): 222-28. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอาชีวอนามัยกับพฤติกรรม

ความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ

ในเขตเทศบาลนคร อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยภูมิ

The Relationship Between Occupational Health Literacy and Safety Behavior among Garbage Collectors in City Municipality Siracha District, Chonburi Province

พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม¹ นิสากร ชีวะเกตุ^{*2} สมสมัย รัตนกริยากุล³

Panittanan Sealim¹ Nisakorn Jivacate^{*2} Somsamai Rattanaagreeethakul³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประเทศไทย 20230

Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand. 20230

บทคัดย่อ

พนักงานเก็บขยะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง สาเหตุจากพฤติกรรมไม่ปลอดภัยในการทำงาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนคร อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การเข้าถึงข้อมูล การได้รับการอบรม ความตระหนัก ความรู้ และทักษะการตัดสินใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.97, 0.76, 0.58 (KR-20) และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.02, SD = 0.47) โดยความฉลาดทางอาชีวอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูล และการได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ความตระหนักและความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ดังนั้น พยาบาลอาชีวอนามัยและผู้ที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนในการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้เพียงพอ จัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอาชีวอนามัย พฤติกรรมความปลอดภัย พนักงานเก็บขยะ

*Corresponding author: E-mail: nisakorn@buu.ac.th

Abstract

Garbage collectors are constantly at risk of accident. This was caused by unsafe behavior. The purposes of this research were to ascertain the relationships between occupational health literacy and safety behavior in 204 garbage collectors in city municipality siracha district, Chonburi province. Recruited by using a proportionate simple random sampling. The research instruments include the safety behavior, access to occupational, training and safety, awareness, occupational and safety education and decision skill. The Cronbach alpha coefficients were 0.86, 0.94, 0.97, 0.76, 0.58 (KR 20) and 0.73 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results revealed that the overall safety behavior of the garbage collectors good level (Mean = 3.02, SD = 0.47). The related safety behavior were decision skill and access to occupational, training and safety at the level of $p\text{-value} < .001$, awareness and occupational and safety education at the level of $p\text{-value} < .01$. Therefore, occupational health nurse and those work for the health should support personal protective equipment, promote decision skills to provide garbage collectors with knowledge and support safety behavior.

Keywords: Occupational Health Literacy, Safety Behavior, Garbage Collectors.

บทนำ

พระราชบัญญัติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดให้เทศบาลแต่ละแห่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งปฏิกูลและกำจัดขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ¹ ซึ่งอำเภอศรีราชา มีนิคมอุตสาหกรรมและโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่หลายแห่ง เป็นพื้นที่ที่มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากจำนวนคนที่มาอาศัยอยู่มาก เพื่อทำงานในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม โดยพบว่าในเขตเทศบาลนครแหลมฉบังมีปริมาณขยะมูลฝอย ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 3,859.37 ตัน ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 4,080.82 ตัน และปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 4,472.09 ตัน² จากจำนวนขยะที่เพิ่มขึ้นทุกปีทำให้พนักงานเก็บขยะต้องทำงานหนัก การปฏิบัติหน้าที่ต้องสัมผัสกับขยะเป็นประจำทุกวัน และขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ไม่มีการแยกประเภทของขยะมาก่อน ส่งผลให้พนักงานเก็บขยะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเชื้อโรคจากขยะ³ การเกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานมีความรุนแรงมากกว่าผลกระทบจากการผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ¹

พนักงานเก็บขยะมีโอกาสเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุจนทำให้เกิดแผลฉีกขาดสูงเป็น 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรอาชีพอื่น⁴ ดังเช่นผลการศึกษาในพนักงานเก็บขยะอำเภอบางละมุงที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในรอบ 3 เดือน⁵ ร้อยละ 42.20 ในจำนวนนี้ได้รับอุบัติเหตุอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 84.21 และเคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

จนต้องหยุดงาน ร้อยละ 60.53 สาเหตุจากวัตถุบาด/ทิ่มแทง ร้อยละ 59.42 ถูกรถเฉี่ยวชน ร้อยละ 36.23 นำมาซึ่งโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี โรคพิษสุนัขบ้า และเชื้อบาดทะยัก⁶ โดยพบว่าพนักงานเก็บขยะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงานประมาณร้อยละ 0.3 ไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.01

สาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ เมื่อวิเคราะห์จากกระบวนการทำงานของพนักงานเก็บขยะ จากสภาพการทำงานที่ไม่มีที่นั่งท้ายรถเก็บขยะ ทำให้พนักงานเก็บขยะจำเป็นต้องยืนบนแพลตฟอร์มหลังรถ หรือการห้อยโหนไปกับรถ ขณะที่รถขับเคลื่อนไปยังจุดต่าง ๆ โดยไม่มีเข็มขัดนิรภัยรัดร่างกาย นอกจากนี้ ยังเกิดจากพฤติกรรมของพนักงานเก็บขยะที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพได้แก่ การไม่สวมแว่นตาป้องกันสิ่งแปลกปลอมกระเด็นเข้าตา และการฝืนมาทำงานเมื่อเป็นไข้หรือมีอาการไม่สบาย⁷ ซึ่งมาตรการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ¹ กำหนดนิยาม พฤติกรรมความปลอดภัย คือ การปฏิบัติงานตามวิธีปฏิบัติงานทุกขั้นตอน การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่จำเป็นตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ⁸ ดังนั้นพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การปฏิบัติงานตามขั้นตอนความปลอดภัยในการทำงาน การใช้อุปกรณ์

ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ

สำหรับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพในการ
ประกอบอาชีพหรืออาชีพอนามัยและความปลอดภัย เรียกว่า
ความฉลาดทางอาชีพอนามัยนั้น พัฒนามาจากแนวคิดความ
ฉลาดทางสุขภาพ⁹ หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการ
ทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของกระบวนการทำงานและ
ข้อมูลด้านความปลอดภัย รวมถึงบริการที่จำเป็นด้านอาชีพอนามัย
เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสุขภาพและ
ความปลอดภัยในการทำงาน¹⁰ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด
ดังกล่าวร่วมกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ⁹ ในระดับ
วิจญาณญาณคือเน้นทักษะการตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การกระทำ
ของปัจเจกบุคคลเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น
สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ
สถานการณ์การทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่
สามารถป้องกันได้ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพมีผลต่อ
การปฏิบัติพฤติกรรม¹¹ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการเข้าถึง
ข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย การได้รับการฝึก
อบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย ความตระหนัก
ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย ความรู้ด้านอาชีพอนามัย
และความปลอดภัย และทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัย
และความปลอดภัย

การศึกษาความฉลาดทางอาชีพอนามัยกับพฤติกรรม
ความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะในรอบ
10 ปีที่ผ่านมาพบน้อยมาก มีเพียงการศึกษาของแรงงานข้าม
ชาติในประเทศไทย¹² และประเทศเกาหลี¹³ ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจด้านภาษาและการสื่อสารเท่านั้น ไม่ได้มีจุดมุ่งหมาย
เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยโดยตรง ถึงแม้ว่าจะมี
การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของ
พนักงานเก็บขยะที่ปฏิบัติงานในสังกัดเทศบาล แต่เนื่องจาก
ลักษณะงานที่แตกต่างกัน ทั้งปริมาณขยะ วิถีชีวิตชุมชน
และสภาพแวดล้อมพื้นที่ในการทำงานต่างจากจังหวัดชลบุรี⁷
อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมา มักจะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยง ปัจจัย
ส่วนบุคคล และความรู้ด้านความปลอดภัยในแง่มุมเดียว⁷ แต่
การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาถึงการเข้าถึงข้อมูล ความตระหนัก
และทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
โดยตรง อีกทั้งอำเภอสรรพยามีเทศบาลนครแหลมฉบังและ
เทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์ เป็นเทศบาลนครเพียง 2 แห่ง

ที่มีระดับการปกครองที่ใกล้เคียงกัน เป็นแหล่งที่รองรับ
การเจริญเติบโตของเศรษฐกิจและมีนิคมอุตสาหกรรม
จำนวนมาก จึงส่งผลให้มีการขยายตัวของชุมชน ทำให้มีปริมาณ
ขยะเพิ่มมากขึ้น พนักงานเก็บขยะต้องทำงานหนักและมี
ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยจากการทำงาน เช่น พนักงาน
เก็บขยะมีความเสี่ยงที่ต้องเก็บขยะที่ไม่ได้รับการคัดแยก
มาก่อน และอาจสัมผัสกับขยะอันตรายที่ปะปนมาจากแหล่ง
อุตสาหกรรมได้นอกจากนี้การอบรมให้ความรู้เนื้อหาส่วนใหญ่
เกี่ยวข้องกับการเก็บขยะทั่วไป อาจไม่เพียงพอต่อพนักงาน
เก็บขยะในเขตพื้นที่ดังกล่าว และการดำเนินการเพื่อปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยให้แก่พนักงาน ยังไม่ชัดเจน

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด ผู้วิจัยจึงมีความ
ต้องการศึกษาความฉลาดทางอาชีพอนามัยของพนักงานเก็บ
ขยะ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การได้รับการฝึกอบรม
ความตระหนัก ความรู้ และทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัย
และความปลอดภัย พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน
ได้แก่ การปฏิบัติงานตามขั้นตอนความปลอดภัยในการทำงาน
การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง
ความฉลาดทางอาชีพอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัย
ของพนักงานเก็บขยะ ผลของการศึกษานี้ จะทำให้ได้
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ นำมาใช้เป็นแนวทางผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในการวางแผนเพื่อป้องกันและเฝ้าระวัง การเกิดอุบัติเหตุ
จากการทำงานในพนักงานเก็บขยะในสังกัดเทศบาล
อำเภอสรรพยา และอำเภออื่น ๆ ในประเทศไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

ความฉลาดทางอาชีพอนามัยรายด้านมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บ
ขยะ อำเภอสรรพยา จังหวัดชลบุรี หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน
ของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลนคร อำเภอสรรพยา
จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความฉลาดทางอาชีพอนามัยราย
ด้านของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลนคร อำเภอสรรพยา
จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง

อาชีพอนามัยรายด้านและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลนคร อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความฉลาดทางอาชีพอนามัย¹⁰ ร่วมกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ⁹ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด แนวคิดความฉลาดทางอาชีพอนามัย ได้อธิบายว่า การที่บุคคลมีความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของกระบวนการทำงานและข้อมูลด้านความปลอดภัย

รวมถึงบริการที่จำเป็นด้านอาชีพอนามัยเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน¹⁰ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวร่วมกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ⁹ ในระดับวิจารณ์ญาณคือเน้นทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เพื่อนำไปสู่การกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) เป็นทักษะทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้น สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์การทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม¹¹

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความฉลาดทางอาชีพอนามัย

1. การเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
2. การได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
3. ความตระหนักด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
4. ความรู้ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย
5. ทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย

พฤติกรรมความปลอดภัย ในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Design) ประชากรที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนคร อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ เพศชายและเพศหญิง อายุ 19-59 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทย ได้ฟังและอ่านออกเขียนได้ และมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ .20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 204 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเติมค่าลงในช่องว่าง

2. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 มีลักษณะข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-4.00 คะแนนตั้งแต่ 1.00-1.75 มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับไม่ดี 1.76-2.50 มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับพอใช้ 2.51-3.25 มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดี 3.26-4.00 มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดีมาก

3. ความฉลาดทางอาชีพอนามัยของพนักงานเก็บขยะ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ จำนวนรวมทั้งสิ้น 12 ข้อ ค่าที่เป็นไปได้ 0.00-3.00 คะแนนตั้งแต่ 0.00-0.75 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลฯ อยู่ในระดับไม่ดี 0.76-1.50 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลฯ อยู่ในระดับพอใช้ 1.51-2.25 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลฯ อยู่ในระดับดี 2.26-3.00 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลฯ อยู่ในระดับดีมาก

ด้านที่ 2 การได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .97 มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก เคย (ระบุจำนวนครั้ง) (1) และไม่เคย (0) จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 ความตระหนักด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .76 มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ค่าที่เป็นไปได้ 1.00-3.00 คะแนนตั้งแต่ 1.00-1.66 มีความตระหนัก ในระดับไม่ดี 1.67-2.33 มีความตระหนัก ในระดับพอใช้ 2.34-3.00 มีความตระหนัก ในระดับดี

ด้านที่ 4 ความรู้ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .58 มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูก (1) และตอบผิด (0) จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ 0-7 คะแนน (0-59%) มีความรู้ อยู่ในระดับไม่ดี 8-10 คะแนน (60-79%) มีความรู้ อยู่ในระดับพอใช้ 11-12 คะแนน (80-100%) มีความรู้ อยู่ในระดับดี

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .73 มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ค่าที่เป็นไปได้ 0.00-3.00 คะแนนตั้งแต่ 0.00-0.75 มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับไม่ดี 0.76-1.50 มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับพอใช้ 1.51-2.25 มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับดี 2.26-3.00 มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับดีมาก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย เลขที่ G-HS 087/2563 วันที่รับรอง 8 พฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ แก่ผู้วิจัย และไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยนำเสนอผลเป็นภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้บริหารทั้ง 2 เทศบาลนคร เข้าพบหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่าย ๆ เพื่อขอรายชื่อพนักงานเก็บขยะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามอย่างอิสระโดยใช้เวลา 30-40 นาที จัดระเบียบนั่งตอบแบบสอบถามห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร (เนื่องจากสถานการณ์ COVID 19) พนักงานขอให้เรียบร้อยก่อนส่งผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามได้ทั้งสิ้น 213 ชุด ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้ หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง พบว่ามีแบบสอบถามที่มีการตอบไม่สมบูรณ์ จึงต้องตัดออกจำนวน 9 ชุด เหลือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 204 ชุด ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ความฉลาดทางอาชีพอนามัยรายด้านด้วยสถิติพรรณนา

2. วิเคราะห์ข้อมูลความฉลาดทางอาชีพอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ที่คำนวณสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

พนักงานเก็บขยะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.16) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 41.67) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.71) มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 46.57) ทำงานวันละ 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 89.22) ทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 73.53) เคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 29.41) จำนวน

1-3 ครั้ง (ร้อยละ 95.00) เกิดจากวัตถุบาด/ ทิ่มแทง (ร้อยละ 58.33) เคยได้รับอุบัติเหตุขั้นรุนแรงจนถึงต้องหยุดงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 7.35) เกิดจากการทกล้ม (ร้อยละ 60.00)

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.02, SD = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมความปลอดภัยด้วยวิธีการปฏิบัติงานตามขั้นตอนความปลอดภัยอยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 2.46, SD = 1.33) มีพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.54, SD = 0.66) และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี (Mean = 2.79, SD = 1.14)

พนักงานเก็บขยะมีความฉลาดทางอาชีวอนามัยภาพรวมในระดับพอใช้ (Mean = 1.38, SD = 0.79) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในระดับพอใช้ (Mean = 1.38, SD = 0.79) เคยได้รับการอบรมจากหน่วยงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุดจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 72.55) มีความตระหนักรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับดี (Mean = 2.56, SD = 0.30) มีระดับความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 9.08 (SD = 2.04) และมีทักษะการตัดสินใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.58, SD = 0.30)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอาชีวอนามัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ (n = 204)

ตัวแปร	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ทักษะการตัดสินใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0.51***
การเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0.32***
การได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0.25***
ความตระหนักรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0.24**
ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	0.18**

p < .01, *p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่าทักษะการตัดสินใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ($r = 0.51$, $p\text{-value} < .001$) การเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ($r = 0.32$, $p\text{-value} < .001$) การได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ($r = 0.25$, $p\text{-value} < .001$) ความตระหนักรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ($r = 0.24$, $p\text{-value} < .01$) และความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ($r = 0.18$, $p\text{-value} < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพนักงานเก็บขยะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดี⁷ หากจำแนกพฤติกรรมความปลอดภัยรายด้าน ในการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยด้วยวิธีการปฏิบัติงานตามขั้นตอนความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

อยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี เมื่อพนักงานเก็บขยะมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับดีมาก และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี จึงอาจส่งผลให้พนักงานเก็บขยะมีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดี

ความฉลาดทางอาชีพอนามัยของพนักงานเก็บขยะ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย พบว่าพนักงานเก็บขยะมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในระดับพอใช้ โดยพบว่าการเข้าถึงข้อมูลที่น้อยที่สุดคือ การค้นหาวิธีการคลายวิตกกังวลได้จากสื่ออินเทอร์เน็ตต่าง ๆ (Mean = 1.09, SD = 1.18) และการตรวจสอบข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับวิธีการเก็บขยะอย่างปลอดภัยได้ จากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน หรือคู่มือปฏิบัติงานมากที่สุด (Mean = 2.46, SD = 0.76) สอดคล้องกับการศึกษาพนักงานในสหรัฐอเมริกา¹⁰ บุคคล มีแนวโน้มที่จะเปิดรับข่าวสารที่ใช้ความพยายามน้อย เช่น ข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัว สามารถเลือกรับได้ง่ายและมีประโยชน์ต่อตนเอง¹⁵

พนักงานเก็บขยะได้รับการอบรมในหัวข้อการแต่งกายที่ถูกต้องในการเก็บขยะ มากที่สุด (ร้อยละ 99.51) เนื่องจากการอบรมเรื่องการแต่งกายที่ถูกต้องเป็นนโยบายในการแจกชุดให้กับพนักงานเก็บขยะ จึงทำให้พนักงานเก็บขยะมีการแต่งกายที่ถูกต้องก่อนออกเก็บขยะมากที่สุด ซึ่งการได้รับอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย จะทำให้พนักงานมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานมากขึ้น จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสามารถมีพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยได้¹⁶

ด้านความตระหนัkd้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับดี เนื่องจากกระบวนการเกิดความตระหนักเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ ทำให้เข้าใจในสิ่งเร้านั้น เกิดความคิดรวบยอด จึงนำไปสู่การมีความรู้ในสิ่งนั้น และเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักต่างนำไปสู่การกระทำ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ¹⁷

ความรู้ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 50.00) แม้ว่าพนักงานเก็บขยะจะได้รับ

การอบรมความรู้จากเทศบาลนครทั้ง 2 แห่งที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ยังมีพนักงานเก็บขยะที่ไม่ได้รับการอบรมครบทุกด้าน ร้อยละ 27.45 ซึ่งความรู้เหล่านี้เป็นความรู้ที่พนักงานเก็บขยะต้องทราบข้อมูลที่ต้องตั้งแต่มุ่งเริ่มปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาในพนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้⁵

ทักษะการตัดสินใจด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับดีมาก โดยพบว่าพนักงานเก็บขยะกำลังเก็บขยะอยู่ แล้วเพื่อนหยอกล้อเล่นด้วย พนักงานเก็บขยะจะตัดสินใจปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยต่อตนเองและเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 62.75) ซึ่งเป็นการใช้ระดับเหตุผลจากความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับทักษะการปฏิเสธเพื่อประโยชน์ของตนเอง ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น⁹

ความฉลาดทางอาชีพอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ

การเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลคือ การใช้ความสามารถในการเลือก ค้นหา ตรวจสอบข้อมูลและเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ก่อนที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น ๆ¹² ดังนั้นหากพนักงานมีความสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องได้หลายแหล่งอย่างเป็นประจำ จะส่งผลให้พนักงานเก็บขยะมีความรู้ ความเชื่อ ความตระหนัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ดี

การได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งการอบรมเป็นแนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุที่ใช้เพื่อการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีการควบคุมอันตรายที่จะลดการสัมผัสอันตรายของพนักงาน เมื่อผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมจนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่มากขึ้น จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานได้อย่างถูกต้อง¹⁶

ความตระหนัkd้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เนื่องจากกระบวนการเกิดความตระหนักเป็นผลมาจาก

กระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการรับรู้ และมีความรู้ในสิ่งนั้น นำไปสู่การเกิด ความตระหนักในที่สุด ซึ่งความตระหนักนำไปสู่การการแสดง พฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้านั้น ๆ¹⁷ ความตระหนักจึงก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และความตระหนัก เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุ¹⁸

ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เป็นวิธีการควบคุมอันตรายที่จะลดการสัมผัสอันตราย ของพนักงาน เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความปลอดภัยในการทำงานที่มากขึ้น จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานได้อย่างถูกต้อง¹⁶

ทักษะการตัดสินใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ซึ่งทักษะการตัดสินใจ คือความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือ วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดง ทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง⁹ หากพนักงานเก็บขยะมีทักษะ การตัดสินใจที่ถูกต้อง จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมความไม่ปลอดภัยในการทำงานได้¹⁹

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าพนักงานเก็บขยะมีการเข้าถึงข้อมูล และความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้

1. เทศบาลควรสนับสนุน ส่งเสริม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลให้พนักงานเก็บขยะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้ง่ายและสะดวกขึ้น การจัดกิจกรรม ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ ด้วยกิจกรรม สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้พนักงานเก็บขยะ มีความตระหนัก และพัฒนาการตัดสินใจที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลนคร อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังพนักงานเก็บขยะในพื้นที่อื่นได้ จึงควรทำการศึกษาวิจัยพนักงานเก็บขยะใน

สังกัดหน่วยงานอื่น ๆ และเพิ่มตัวแปรด้านสภาพงาน เนื่องจากหน่วยงานมีการดูแลพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงทำให้มี สภาพงานที่แตกต่างกัน

References

1. Department of Health. Handbook of Public Health Act B.E. 2535. Nonthaburi, Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House; 2018. (in Thai)
2. Leam Chabang City Municipality. Solid waste and sewage disposal work. Chonburi, Bureau of Public Health and Environment; 2019. (in Thai)
3. Narisara L, Chawapornpan C, Thanee K. Occupational Health Hazards and Health Status Related to Risk Among Waste Collectors, Nursing Journal. 2017; 44(2): 138-50. (in Thai)
4. Schriftenr, Ver Wasser, and Boden Lufthyg. Health hazard to waste management workers in Denmark, Pubmed. 1999; 104(8): 563-8.
5. Thiangkhamdee N, Chantawong C, Homsin P. Factors Influencing work-related accidental Prevention Behavior of Garbage Collectors in Banglamung District Chonburi Province, Journal of Public Health Nursing. 2015; 29(1): 43-55. (in Thai)
6. Cointreau, S. Occupational and Environmental Health Issues of Solid Waste Management: Special Emphasis on Middle-and Lower-Income Countries. Washington, USA. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2016.
7. Chaikhan S, Pansiri W. Behavior and Knowledge of Work Safety among Garbage Collectors: A Case Study of Ubon Ratchathani City Municipality, Ubon Ratchathani Province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2019; 21(1): 46-55. (in Thai)

8. Juntratep P, Chaiklieng S. Prevalence and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders among Solid Waste Collectors employed by the Local Administrative Organizations at Nong Bua Lam Phu Province. *KKU Journal for Public Health Research (KKU-JPHR)*. 2011; 20(1): 37-44. (in Thai)
9. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-8.
10. Rauscher, M., and Myers, C. R. Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2014; 21(1): 81-9.
11. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(Supplement): 1-11. (in Thai)
12. Namthep W, Silpasuwan P, Sujirarat D. Factors Influencing of Occupational Health Literacy among International Migrant Worker in Rayong Province. *Journal of Public Health Nursing*. 2018; 32(3): 115-32. (in Thai)
13. Lee, J. M., & Lee, E. J. Factors influencing level of Health Literacy of Migrant Workers in Korea. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2013; 20(3): 269-77.
14. Health Education Division. Enhancing and Assessing Health Literacy and Health Behavior, Bangkok, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
15. Wilbur Schramm. The Mass Media as Source of Public Affairs. *Science and Health Knowledge. Public Opinion Quaterly*. 1969; 33: 3-26.
16. Batsungnoen K. Basic Occupational Health and Safety. Faculty of Medicine Suranaree University of Technology; 2014.
17. Good, C. V. Dictionary of Education. 3rded. New York: McGraw-Hill; 1973.
18. Usaharwong S. Factor relating to behaviors from Accidents of Garbage Collectors Sampran district Nakhonphathom Province. (thesis). Bangkok, Krirk University; 2016. (in Thai)
19. Rattanawarang W, Chantha W. Health Literacy of Self-care Behaviors for Blood Glucose Control in Patients with Type2 Diabetes Chainat Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing*. 2018; 24(2): 34-51. (in Thai)

การศึกษาสถานการณ์การให้บริการ ความคาดหวังและความต้องการ การบริการโรคมะเร็ง

A Study of Situations Expectations and Needs of Cancer Services

วิไลวรรณ ทองเจริญ¹ วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก*¹ สุขฤทัย นิมาชาติ¹ รกัฏกร เพชรสุข¹ ศิริวรรณ สุรยวงศ์¹ พิไลพร สุขเจริญ²
Vilaivan Thongcharoen¹ Wuttipong Cheumnok*¹ Sukrutai Chimchat¹ Raphatphorn Petchsuk¹
Siriwan Suriyawong¹ Pilaiporn Sukcharoen²

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรอัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10210

¹Princess Agradajakumari College of Nursing Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand 10210

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี, ประเทศไทย 84100

²Faculty of Nursing, Training Surat Thani Rajabhat University, Surat Thani, Thailand 84100

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการและความคาดหวังและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านบริการโรคมะเร็ง เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 462 คน และกลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล 8 แห่ง จำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ส่วน 3) และ 4) แบบสอบถามความต้องการและความคาดหวังต่อการบริการโรคมะเร็งสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้รับบริการในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับมาก ส่วนความคาดหวังและความต้องการภาพรวมของกลุ่มผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการดูแลประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับสถานการณ์การบริการของผู้ให้บริการมีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีความคาดหวังและความต้องการในด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ มีการดำเนินงานที่ชัดเจน มีโครงสร้างระบบการบริหารงานที่ดี และการพัฒนาทักษะในการทำงาน ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดบริการด้านโรคมะเร็งและพัฒนาการบริการในแต่ละด้านให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

คำสำคัญ: สถานการณ์การให้บริการ, ความคาดหวังความต้องการ, การบริการโรคมะเร็ง

Corresponding Author: * E-mail: Wuttipong.che@cra.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

This research was funded by Thailand Science Research and Innovation (TSRI)

วันที่ได้รับ (received) 30 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขสำเนา (revised) 28 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ม.ค. 2566

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566
Vol. 24 No.1 January - April 2023

Abstract

The overall aims of this research are to study the situations of cancer services, and the expectations and needs of cancer care providers, patients, and their family members. The mixed-methods were mainly used in this research. The research samples consisted of 462 service recipients; and 86 service providers from 8 hospitals providing cancer treatment services. There were four sets of researching tools used: 1) an in-depth interview form; 2) a group discussion questionnaire, and 3) and 4) were questionnaires on the needs and expectations of patients and their family members toward cancer services. The data were collected from October 2020 to March 2021. Quantitative data were analyzed and reported as frequencies, means, percentages, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results: apart from diagnosis and treatment perspectives which were at a high level, the overall cancer services situations based on the perceptions of service users were at a moderate level. From an overall perspective of expectations and needs of cancer services, they were at a high level except for palliative care which was at a moderate level. In terms of health care providers, we found that they could work in line with the Service Plan, however, they had the expectations and needs of formulating clear strategies and operational guidelines in cancer services, creating an effective work and administration system, as well as developing working skills. There are some recommendations to improve cancer care services such as developing and providing cancer care services to address the individual needs of patients and their family members.

Keywords: Service situations, expectations, needs of cancer services

บทนำ

อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งของโลกและในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นทำให้มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของอัตราการตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ 10 อันดับแรก คิดเป็น 125 คน ในปีพ.ศ. 2562 ต่อประชากร 100,000 คน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 112,392 คนต่อปี และมีแนวโน้มจะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น² ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก จากปัญหาดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง เริ่มตั้งแต่ปี 2556 ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” สามารถเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกัน โดยจัดทำในรูปแบบเครือข่ายบริการ รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่ายและกรุงเทพมหานคร นอกจากนั้นยังได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติให้หลังสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่และกำหนดปรับแก้ไขทุก 5 ปี ปัจจุบันเป็นแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2561-

2665 โดยกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ 7 ด้าน^{2,3} ดังนี้ การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย สารสนเทศโรคมะเร็ง และการวิจัยด้านโรคมะเร็ง ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและมีความเป็นธรรม มีระบบการส่งต่อของผู้ป่วยและลดความแออัดของสถานพยาบาล⁴ แต่ยังคงพบปัญหา คือ มีจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการจำนวนมากทำให้เสียเวลาในการรอคอยการรักษาและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจและการพบแพทย์รวมถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสต่าง ๆ จากสาเหตุการไม่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาแต่เลือกเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน⁵ สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับระบบบริการในสถานพยาบาล ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยยังไม่มีหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านโรคมะเร็งแบบครบวงจรโดยเฉพาะ จากแผนบริการสุขภาพกระทรวง

สาธารณสุขสาขาโรคมะเร็ง มีการกำหนดเป้าประสงค์ การดำเนินงาน 3 ประการ ได้แก่ การลดอัตราการตาย การลด อัตราป่วยและการลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา และการดำเนินการนำยุทธศาสตร์มาใช้ในโรงพยาบาลเพียงแค่ 2 ยุทธศาสตร์คือ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและด้านการ รักษาโรคมะเร็ง นอกจากนั้นยังมีการดำเนินการไม่มากนัก³

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ถือกำเนิดจากพระราชดำริ ของสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี องค์ประธานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ทรงโปรดฯ ให้พัฒนา ต่อยอด “โรงพยาบาลจุฬาภรณ์” ให้เป็นศูนย์กลางการศึกษา และวิจัยสู่ความเป็นเลิศด้านวิชาการเพื่อบริการมวลมนุษยชาติ อย่างยั่งยืน โดยมีพันธกิจที่สำคัญประการหนึ่งคือ วิจัย สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการแพทย์ การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่สามารถ นำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้แนะและขับเคลื่อนการพัฒนา ประเทศและสังคม⁶ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ในราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์จึงเล็งเห็นความสำคัญในการสนอง พระราชดำริตามพระราชปณิธานขององค์ประธานราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้นในทุกปี และความจำเป็นในการพัฒนาศูนย์บริการที่เป็นเลิศด้านบริการ โรคมะเร็งแบบครบวงจร หากแต่ยังขาดองค์ความรู้ในแง่การให้ บริการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ในปัจจุบัน สภาพปัญหา และอุปสรรค ความคาดหวังและความต้องการจากผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยเองและญาติหรือผู้ดูแลจากข้อมูลภาพรวมทั้งประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การให้บริการ ความคาดหวังและความต้องการบริการโรคมะเร็ง ของทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศในการนำไปใช้พัฒนา ศูนย์บริการที่เป็นเลิศในด้านการบริการด้านโรคมะเร็งแบบ ครบวงจรต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็ง ความ คาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้าน โรคมะเร็งตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างไร
2. ความคาดหวังและความต้องการบริการด้าน โรคมะเร็งของผู้ให้บริการตามแผนการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพสาขาโรคมะเร็ง และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดตั้ง ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งครบวงจรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความคาดหวังและ ความต้องการบริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการตามแผน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง 5 ด้าน
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การบริการด้านโรคมะเร็งของผู้ให้บริการตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง 7 ด้าน
3. เพื่อศึกษาความคาดหวังและความต้องการ การบริการด้านโรคมะเร็งของผู้ให้บริการตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง 7 ด้าน และปัจจัย แห่งความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง ครบวงจร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการศึกษา ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561 - 2565 ภายใต้ 7 ยุทธศาสตร์สำคัญ ร่วมกับแนวคิดการศึกษาประสิทธิภาพของสถานบริการด้าน โรคมะเร็งตามแบบจำลอง 7-S ของแมคคินซี (McKinsey 7S model) ซึ่งประกอบด้วย Structure (โครงสร้างองค์กร) Strategy (กลยุทธ์) Staff (การจัดการบุคคลเข้าทำงาน) Style (รูปแบบ) System (ระบบ) Shared value (ค่านิยมร่วม) และ Skill (ทักษะ) เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านปัญหาและอุปสรรค อย่างครบถ้วนในประเด็นของการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย แบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods Research: Qualitative and Quantitative Research Design) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้รับบริการด้านโรคมะเร็งใน สถานพยาบาลของประเทศไทยจากทุกภาคทั่วประเทศ มาจาก 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล จากรายงาน

ความชุกของจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5 ปี (Prevalent Cases-5-year) ในปี พ.ศ. 2563 ของไทยมีจำนวน 426,366 ราย⁷

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและญาติ/ผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาด้านโรคมะเร็ง 8 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬารัตน์ (โรงพยาบาลจุฬารัตน์) โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามสูตร Cochran ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวน 462 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง 231 คน และญาติ/ผู้ดูแล 231 คน โดยกระจายสัดส่วนให้เท่าๆ กันทั้ง 8 แห่ง ได้โรงพยาบาลละ 28-29 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านโรคมะเร็ง 8 แห่ง จำนวน 27 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม คือ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการให้บริการด้านโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วยมะเร็ง จากโรงพยาบาลพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวน 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service pan) สาขาโรคมะเร็ง พ.ศ. 2561 - 2565 และแบบจำลอง 7-5 ของแมคคินซี (McKinsey 7S model) ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 และ 2 เครื่องมือสำหรับผู้ให้บริการ (ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ) แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำแหน่งงาน การศึกษา เพศ และระยะเวลาในการทำงาน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้บริหาร) และ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (ผู้ปฏิบัติการ) เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย สถานการณ์การให้บริการ ความคาดหวัง และความต้องการการบริการโรคมะเร็ง 7 ด้าน คือ ด้านการป้องกันและการรณรงค์ ด้านการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ด้านการรักษาโรคมะเร็ง ด้านการดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง และด้านการวิจัยด้านโรคมะเร็ง และคำถามความคิดเห็นในการจัดทำแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในอนาคต

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่มีต่อการให้บริการด้านโรคมะเร็ง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย และชุดที่ 4 แบบสอบถามสำหรับญาติ/ผู้ดูแล คือ แบบสอบถามความคาดหวังและความต้องการบริการโรคมะเร็ง แต่ละชุดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการ รักษา ชนิดของมะเร็ง การเลือกโรงพยาบาลที่มาปรึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความต้องการและความคาดหวังต่อการบริการโรคมะเร็งของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ การป้องกันโรคมะเร็ง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดคะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 3 คือ ระดับมาก ระดับ 2 คือ ระดับปานกลาง ระดับ 1 คือ ระดับน้อย และ ระดับ 0 คือ ไม่ได้รับบริการ และข้อเสนอแนะอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ชุดได้ค่า IOC = 1 ทุกข้อ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นในชุดที่ 3 และชุดที่ 4 โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ดังนี้ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัส 109/2563 (2 มี.ค. 64) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง รหัส 65/2564 (2 มี.ย. 64) โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี รหัส LEC 6429 (2 มี.ย. 64) โรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

รหัส EC011/2021 (19 ส.ค. 64) โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
รหัส EC 011/2021 (14 ก.ค. 64) โรงพยาบาลอุดรธานี
รหัส EC 56/2564 (19 ก.ค. 64) โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
รหัส 11/2564 (21 มิ.ย. 64) และโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
รหัส E03/2564 (27 เม.ย. 64) และได้รับการอนุญาตจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ในการดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือชุดที่ 3
และชุดที่ 4 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค
COVID - 19 จึงมีผู้ช่วยวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง
เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นัดวันเวลา
เพื่อทำการ อธิบายวัตถุประสงค์ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล
ประโยชน์ของการวิจัยและทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัด
สนทนากลุ่ม โดยมีการบันทึกเทปเสียงระหว่างการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์
ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis)

ตารางที่ 1 คะแนนประเมินสถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยและญาติจำแนกภาพรวมและรายด้าน
ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการบริการโรคมะเร็ง 5 ด้าน

สถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็ง	กลุ่มผู้ป่วย n = 231			กลุ่มญาติ n = 231			ทั้งสองกลุ่ม n = 462		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการป้องกัน	2.08	0.96	ปานกลาง	2.74	0.45	มาก	2.73	0.46	มาก
ด้านการตรวจคัดกรอง	2.25	0.73	ปานกลาง	2.68	0.54	มาก	2.72	0.49	มาก
ด้านการตรวจวินิจฉัย	2.61	0.49	มาก	2.81	0.40	มาก	2.83	0.37	มาก
ด้านการรักษา	2.72	0.35	มาก	2.83	0.30	มาก	2.85	0.31	มาก
ด้านการดูแลประคับประคอง	1.76	0.81	ปานกลาง	2.37	0.61	ปานกลาง	2.33	0.66	ปานกลาง
ภาพรวม	2.28	0.48	ปานกลาง	2.68	0.34	มาก	2.69	0.34	มาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสถานการณ์โดยภาพรวม
ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.54)
โดยด้านการตรวจวินิจฉัยและด้านการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย
อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย
คะแนนประเมินสถานการณ์โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$, S.D. = 0.48) โดยด้านการตรวจวินิจฉัย
และด้านการรักษามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล)

พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.89) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 29.46 รองลงมา
คือ อายุระหว่าง 41-50 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา (ร้อยละ 38.76) มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด
(ร้อยละ 24.09) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย
(ร้อยละ 53.98) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะ
4 (ร้อยละ 27.3) เหตุผลที่เลือกเข้ารับบริการ คือ ย้ายมาจาก
โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 73.16 รองลงมา มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ร้อยละ 51.03 และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ร้อยละ 41.34
ตามลำดับ

ตอนที่ 2 สถานการณ์การให้บริการ และความคาดหวังการให้บริการโรคมะเร็งของกลุ่มผู้รับบริการ

1. สถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการ

กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยภาพรวมทุกด้าน
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.16$, S.D. = 0.59) โดย
ด้านการรักษามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

2. ความคาดหวังและความต้องการให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการบริการโรคมะเร็ง 5 ด้าน

ตารางที่ 2 คะแนนประเมินความคาดหวังและความต้องการการให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล จำแนกภาพรวมและรายด้าน

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วย n = 231กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล n = 231 ทั้งสองกลุ่ม n = 462								
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความคาดหวังการให้บริการด้านโรคมะเร็ง									
ด้านการป้องกัน	2.70	0.35	มาก	2.68	0.34	มาก	2.69	0.34	มาก
ด้านการตรวจคัดกรอง	2.73	0.46	มาก	2.74	0.45	มาก	2.73	0.46	มาก
ด้านการตรวจวินิจฉัย	2.76	0.43	มาก	2.68	0.54	มาก	2.72	0.49	มาก
ด้านการรักษา	2.85	0.34	มาก	2.81	0.40	มาก	2.83	0.34	มาก
ด้านการดูแลประคับประคอง	2.86	0.33	มาก	2.83	0.30	มาก	2.85	0.31	มาก
ความต้องการบริการด้านโรคมะเร็ง									
ด้านการป้องกัน	2.29	0.69	ปานกลาง	2.37	0.61	ปานกลาง	2.33	0.66	ปานกลาง
ด้านการตรวจคัดกรอง	2.33	0.51	ปานกลาง	2.38	0.55	ปานกลาง	2.35	0.53	ปานกลาง
ด้านการตรวจวินิจฉัย	2.48	0.60	ปานกลาง	2.48	0.81	ปานกลาง	2.48	0.89	ปานกลาง
ด้านการรักษา	2.41	0.63	ปานกลาง	2.46	0.87	ปานกลาง	2.43	0.80	ปานกลาง
ด้านการดูแลประคับประคอง	2.23	0.70	ปานกลาง	2.35	0.67	ปานกลาง	2.29	0.59	ปานกลาง
ด้านการรักษา	2.15	0.80	ปานกลาง	2.24	0.56	ปานกลาง	2.19	0.49	ปานกลาง
ด้านการดูแลประคับประคอง	2.40	0.75	ปานกลาง	2.37	0.74	ปานกลาง	2.38	0.75	ปานกลาง

ความคาดหวังการให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.69, S.D. = 0.34) รายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากยกเว้นด้านการดูแลประคับประคองที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการจำเป็นในการบริการโรคมะเร็งของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มโดยรวมและรายด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.35, S.D. = 0.53) ดังตารางที่ 2

ตอนที่ 3 สถานการณ์การให้บริการ ความคาดหวัง ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคการบริการโรคมะเร็งของกลุ่มผู้ให้บริการ

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหารสถานพยาบาล ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.48 มีอายุงานในตำแหน่งผู้บริหารมากกว่า 10 ปี มีอายุงานในพื้นที่วิจัยสูงสุด 40 ปี ต่ำสุด 0.75 ปี (เฉลี่ย 17.51 ปี) มีอายุงานในพื้นที่วิจัยสูงกว่า 10 ปีส่วนมากที่สุด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการด้านโรคมะเร็ง ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคด้านการให้บริการด้านโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง พบว่า มีการรณรงค์ให้

ความรู้แก่ประชาชนพร้อมทั้งใช้สื่อหลายรูปแบบในการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคมะเร็ง ส่วนด้านการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมีการให้บริการคัดกรองในคลินิกตรวจสุขภาพทั่วไปหรือคลินิกความเสี่ยง ออกหน่วยบริการตรวจมะเร็งในพื้นที่ชนิดของมะเร็งที่คัดกรอง คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม วิธีการคัดกรองที่พบคือ การทำ Pap Smear, HPV DNA Test/Genetic และ Fecal Immunochemical Test (FIT) ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุด คือ การระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนมีความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพน้อย ไม่สนใจกิจกรรมและไม่สนใจการตรวจ ขาดกำลังคนขาดงบประมาณและอุปกรณ์ และสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมดังข้อความตัวอย่างบางส่วน ดังนี้

“มีการให้ความรู้การป้องกันโรคมะเร็งให้กับชุมชนแบบเชิงรุก ออกไปให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง เช่น การรับประทานอาหาร ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์” (ผบ22)

“การคัดกรองเรามีคลินิกประเมินความเสี่ยงด้านโรคมะเร็ง ที่นี้จะเปิดคล้าย ๆ check up เราก็จะแทรกเรื่องของการตรวจคัดกรองมะเร็ง และในรูปแบบโครงการวิจัย เช่นว่า อาจจะไปคัดกรองในชุมชน” (ผบ11)

ระยะการรักษาโรคมะเร็ง พบว่า สามารถวินิจฉัยมะเร็งได้ครบเกือบทุกชนิด ทำการตรวจชิ้นเนื้อ/พยาธิได้ มีเป้าหมายลดระยะเวลาการวินิจฉัย ยิ่งเร็วยิ่งดีและใช้ X-Ray วินิจฉัยโดยใช้ Ultrasound Mammogram MRI CT Scan ตามลำดับ จึงมีการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยน้อย และด้านการรักษาโรคมะเร็ง เริ่มจากการประเมินความเสี่ยง/โรค วางแผนร่วมกับสหสาขา/Tumor Board รักษาครบทุกขั้นตอนรวมทั้งสรุปผลการรักษาและติดตามการรักษา ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดคือ รอคิวการวินิจฉัยนาน ขาดวิสัญญีแพทย์ ระบบส่งต่อ/เทคโนโลยีไม่ทันสมัยกำลังคนไม่เหมาะสมกับงาน และขาดงบประมาณ ดังข้อความตัวอย่างบางส่วน ดังนี้

“การวินิจฉัยเป็นไปตามหลักของโรงพยาบาล มีการตัดชิ้นเนื้อทางพยาธิสภาพ ซึ่งเรามีพยาธิ case อยู่แล้ว นอกจากนี้ก็จะมีเรื่องของ imaging เราก็มีตั้งแต่ฟิล์มธรรมดา ไปจน CT-scan, MRI ไปจนถึง PET-CT ก็คือมีใช้หมด” (ผบ11)

“มี tumor board เป็นศูนย์การวางแผนรักษาของคนไข้โรคมะเร็ง โดยที่จะมีแพทย์สหสาขาเข้ามาร่วมคุยเพื่อกำหนดทิศทางในการรักษา แล้วก็มาหาข้อหารื้อร่วมกันว่าสิ่งที่เราจะทำมันโอเคกับคนไข้ไหม” (ผบ12)

ระยะการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขารวมถึงผู้นำศาสนา มี PCN/PCWN ในหอผู้ป่วยเฉพาะ มีการทำ Family meeting/Advance care plan มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประสานงานกับเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านโดยการให้เยี่ยมอุปกรณ์/เครื่องมือให้ความรู้และช่วยเหลือญาติผู้ป่วย และสนับสนุนการได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย มีการใช้น้ำมันกัญชา ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดคือ ขาดแพทย์เฉพาะทาง/Family Med ดังข้อความตัวอย่างบางส่วน ดังนี้

“palliative ของเราเป็นคลินิกการแพทย์ผสมผสาน ให้การดูแลทั้งในและนอกโรงพยาบาล นะคะ มีทีมเยี่ยมบ้านจะมีตั้งแต่ family medicine, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัดที่ไปเยี่ยมนอกโรงพยาบาล” (ผบ13)

“ให้เยี่ยมเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อกลับไปรักษาที่บ้าน เครื่องมือแพทย์ไม่ว่าจะเป็น oxygen เครื่อง suction ที่นอนลมอะไรมีหมดเลย มีบริการเยี่ยมบ้านด้วยคะ” (ผบ18)

2.2 สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคด้านการสนับสนุนการให้บริการโรคมะเร็ง

ด้านสารสนเทศ พบว่า มีระบบ SoftCon Phoenix

HIS Thai Cancer Based (TCB Plus) line application/e-mail/messenger/FAX , Telemedicine, cancer anywhere และ มี QR Code AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล Thai COC/Smart COC แต่ยังไม่พบปัญหาและอุปสรรค คือ โปรแกรมไม่เชื่อมโยงกันกับโปรแกรมของ รพ./ไม่ใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน /ข้อมูลซ้ำซ้อน ดังข้อความตัวอย่างบางส่วน ดังนี้

“ทะเบียนมะเร็งเป็น Tumor Registry ซึ่งก่อนหน้านี้เราก็ทำเป็นข้อมูล ฐานข้อมูลเราเอง แล้วมันก็จะแค่ hospital-based แต่ช่วง 3-5 ปีหรือเปล่านั้น คือ จริง ๆ NCI เป็นคลังใหญ่ของสถิติมะเร็งทั้งประเทศ ซึ่งเรามีการเชื่อมต่อข้อมูลจากสาขาจากเครือข่ายเขาอยู่แล้ว” (ผบ14)

ด้านการวิจัยโรคมะเร็ง พบว่า มีทุนวิจัยทั้งภายในและภายนอกมีการทำวิจัย R2R/QC/KM/CQI มีการทำวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัย แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรค คือ ภาระงานมากไม่มีเวลาทำ ความไม่เท่าเทียมกันของคนและความรู้กลัวการวิจัย ดังข้อความตัวอย่างบางส่วน ดังนี้

“การวิจัยอยากทำแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร บางครั้งก็มีงานประจำมากจนไม่อยากทำวิจัย รู้ว่าเป็นสิ่งที่ควรทำแต่คนไม่รู้จะทำยังไง เลยกลัวที่จะทำวิจัย” (ผบ11)

ส่วน 3. ความคาดหวังและความต้องการการบริการด้านโรคมะเร็ง และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7'S Framework

พบว่า การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบาย ตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินการและการประเมินผลอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจน มีการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง มีสถานที่เอื้อต่อการให้บริการ มีระบบการรักษาแบบครบวงจร (One Stop Service) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการให้บริการและเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการทั่วประเทศ ผู้นำองค์กรมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน มีอัตราค่าจ้างที่เชี่ยวชาญและเพียงพอต่อการให้บริการโรคมะเร็งทุกชนิด มีจัดตั้งศูนย์อบรมถ่ายทอดความรู้โรคมะเร็งทั้งภายในและภายนอก มีการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ความคาดหวังและความต้องการการบริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการ

สถานการณ์การให้บริการด้านโรคมะเร็งตามการรับรู้

ของผู้รับบริการทั้งกลุ่มอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานด้านกิจกรรมรณรงค์โดยการสื่อสารให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้และเข้าใจการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งอย่างถูกต้อง⁷ โดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี² ด้านได้แก่ การสื่อสารเพื่อดูแลด้านจิตใจและการอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาการสนทนาสำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย⁸ แต่ตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการได้ในระดับปานกลางเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลมาจาก ผู้รับบริการตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบของโรคมะเร็ง ต่อสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีความต้องการให้มี หน่วยบริการในชุมชน/ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ตลอดจนสามารถเข้าถึงการรับบริการสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง⁹ ดังนั้น การป้องกัน (Prevention) รวมถึงการรู้เท่าทันโรค (Health literacy) และเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำและต่อเนื่อง¹⁰ จึงเป็นเงื่อนไขและปัจจัยสำคัญในเรื่องโรคมะเร็ง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านการตรวจวินิจฉัยและด้านการรักษาโรคมะเร็งอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการให้เหตุผลในการเลือกเข้ารับบริการเพราะโรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รองลงมามีเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นการให้การรักษารักษาโรคมะเร็งโดยตรง สามารถการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งได้ทุกระยะ¹¹ และปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทำให้มีความพึงพอใจมากที่สุด

ด้านความคาดหวังและความต้องการการให้บริการด้านโรคมะเร็งของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ความคาดหวังของผู้รับบริการมักเกิดจากความต้องการที่ได้รับ ประสบการณ์ในอดีต ความรู้และความต้องการที่แตกต่างกัน การเจ็บป่วยที่ยากต่อการรักษา ย่อมมีความคาดหวังและความต้องการบริการในระดับมาก¹² มีเพียงการดูแลประคับประคองด้านเดียวเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจุบันรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นระบบการดูแลที่เชื่อมต่อในลักษณะ Home Palliative Care Model การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามความต้องการของตนเองและครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต¹³ จึงทำให้ความคาดหวังด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

2. สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการด้านโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1 สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคด้านการให้บริการด้านโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็ง พบว่า การป้องกันและรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง การตรวจคัดกรองและค้นหาความเสี่ยงระยะเริ่มต้นได้จัดการดำเนินการได้ดีพอสมควรตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลแต่ยังพบปัญหาและอุปสรรค คือ ประชาชนขาดความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) การลงพื้นที่ได้รับความสนใจน้อย ไม่มีโครงสร้างงานด้านป้องกันและรณรงค์ ระยะเวลาจำกัด¹³ สอดคล้องกับการศึกษาเงื่อนไขในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้วยสื่อสมัยใหม่ การประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพและหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ ก็จะทำให้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งในระดับที่ต่ำเช่นกัน^{15 16} ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีแนวทาง การให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ³ เพิ่มการตระหนักรู้ทางด้านการป้องกันการเกิดโรคที่ชัดเจนจะทำให้ ประชาชนสนใจการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งได้มากขึ้น

ระยะการรักษาโรคมะเร็ง พบว่า ส่วนมากมีการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดของประเทศเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกแห่ง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีคุณภาพจะต้องมีความเพียงพอของเครื่องมือและครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษา⁹ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีโปรแกรมหลากหลายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองและแนวทางการรักษาโรคมะเร็งแบบใหม่¹¹ อีกทั้งมีนโยบาย Cancer Anywhere เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบบริการด้วยความรวดเร็วอย่างครอบคลุมและสามารถรักษาข้ามเขตการรักษาโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวและไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ³

ระยะการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนถึงในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้เกิดความสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีสุดอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์¹⁷ แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรค คือ ขาดแพทย์เฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการ

ปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าอุปสรรคในการดูแล ดังนี้ ขาดแคลนพยาบาลและมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการดูแล มีภาระงานมากและทรัพยากรมีจำกัด¹⁸ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยระยะท้ายมีอาการและอาการแสดงที่ซับซ้อนจึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและการดูแลที่เฉพาะด้านมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

2.2 สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคด้านการสนับสนุนการให้บริการโรคมะเร็ง

ด้านสารสนเทศ พบว่า มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการระบบการบริการด้านโรคมะเร็ง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเทคโนโลยีสารสนเทศถือว่าอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพและทำให้ผลทางการรักษามีประสิทธิผล¹⁹ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรค คือ โปรแกรมไม่เชื่อมโยงกันฐานข้อมูลหลากหลาย มีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบ และขาดความต่อเนื่องของกระบวนการรักษาพยาบาล การพัฒนาด้านสารสนเทศโรคมะเร็งจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ ในการดำเนินงานด้านโรคมะเร็ง²⁰ จะช่วยในการออกแบบระบบสุขภาพใหม่ให้ครอบคลุมสอดคล้องกับทรัพยากรและความต้องการในท้องถิ่นมากขึ้น

ด้านการวิจัยโรคมะเร็ง พบว่า มีนโยบายสนับสนุนการทำวิจัย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบ R2R มีทุนสนับสนุนการทำวิจัยทั้งภายในและทุนภายนอก แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคคือ ทัศนคติไม่ดีต่อการทำวิจัย ไม่มีเวลาในการทำงานวิจัยขาดศักยภาพการทำวิจัยขั้นสูง สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการทำวิจัยของพยาบาล คือการใช้ภาษาอังกฤษในการทำวิจัยประสบการณ์การวิจัย²¹ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการพัฒนาแผนงานโครงการวิจัยอย่างเป็นระบบและการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

3. ความคาดหวังและความต้องการการบริการด้านโรคมะเร็ง และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7'S Framework)

การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งประกอบด้วย 1. ด้านการบริหารจัดการ: มีการกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินการ และมีสถานที่เอื้อต่อการให้บริการโรคมะเร็ง 2. ด้านการบริการ: มีระบบการบริการแบบครบวงจร (One Stop Service) และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

ต่อการให้บริการ มีการประเมินผลการให้บริการอย่างเป็นระบบ มีการสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง และมีการกำหนดสมรรถนะที่ชัดเจน พัฒนาความเชี่ยวชาญ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 1. ด้านโครงสร้าง: มีนโยบายมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการร่วมงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) ด้านกระบวนการ: มีการจัดการดูแลแบบองค์รวม เชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ และ 3. ด้านผลลัพธ์: ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี²² ดังนั้น ในการพัฒนาให้เกิดศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง จึงควรพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายองค์ประกอบให้สัมพันธ์สอดคล้องกันเพื่อให้การดำเนินงานอย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย พบว่า การบริการด้านโรคมะเร็งควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายแนวทางการดำเนินการและการประเมินผลในการให้บริการอย่างเป็นระบบ จึงเสนอแนะให้หน่วยงานด้านการบริการโรคมะเร็งมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ตลอดจนการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการและสนับสนุนให้มีการเพิ่มพูนความรู้ด้านการบริการโรคมะเร็ง เพื่อให้การบริการที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ญาติ และประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป: ควรมีการศึกษาพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมะเร็งและด้านการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งของประชาชน เพื่อพัฒนาระบบการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

References

1. BYAMUGISHA, Josaphat, et al. A health care professionals training needs assessment for oncology in Uganda. Human Resources for Health, 2020; 18.1: 1-11.
2. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. Definition of indicators, service plan, cancer branch, 2018-2022. Bangkok: National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health; 2018.(in Thai)

3. Committee on Development of Service System to Respond to Major Health Issues (Cancer). Guideline for health service system according to service plan (cancer). Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited Press; 2013. (in Thai)
4. Tettanom P. Patient safety and Overcrowding in Emergency Room. Public Health & Health Laws Journal. 2018; 4(2): 238-49. (in Thai)
5. Thohinung U., et al. Cost of palliative care for pediatric cancer patients In Chiang Rai Prachanukroh Hospital. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(3): 116-28.
6. Chulabhorn Royal Academy. Self assessment report Academic Year 2018. Bangkok: Chulabhorn Royal Academy; 2018. (in Thai)
7. The working group prepares regular reports. Non-communicable disease bureau year 2018. Annual Report 2018. 1th. Strategy, Planning and Evaluation Group Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health: Graphic and design publishing house; 2018. (in Thai)
8. Saikaew S., Tanatwanit Y. and Kunsongeit W. Effective Communication between Nurses and Advanced Cancer Patients: Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2020; 21(2): 93-101. (in Thai)
9. Thiamthaanom R. Access to health services for cancer patients Nakornping Hospital. Nakornping Hospital Journal 2020;11(2): 132-44. (in Thai)
10. Sedgewick, J. R., Ali, A., Badea, A., Carr, T., & Groot, G. Service providers' perceptions of support needs for Indigenous cancer patients in Saskatchewan: a needs assessment. BMC Health Services Research. 2021; 21(1):1-12.
11. Itsara A., et al. Effects of anemia on clinical outcomes among patients with chronic heart failure. Journal of Hematology and Transfusion Medicine. 2019; 29(1): 47-54. (in Thai)
12. Daoprasert K., et al. Prospective study and awareness of cancer patients on the quality of services in the radiotherapy outpatient department Lampang Cancer Hospital. Journal of Thai Society of Therapeutic Radiology and Oncology. 2015; 21(1): 79-86. (in Thai)
13. Lithong P. Palliative Nursing Care for Patients with Advanced Stage Lung Cancer at Home. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2019; 2(2): 83-99. (in Thai)
14. Varasap P., Jitthavech J. and Lorchirachoonkul V. Risk factors for cancer. Journal of Science Ladkrabang. 2018; 27(2): 1-14.
15. Thapatlada K., et al. Development and Validation of A Scale Measuring Health Literacy for Breast and Cervical Cancer Prevention with Women's Reproductive in Bangkok Metropolitan. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 2019; 63.Supplement: S31-42. (in Thai)
16. Roongporn P. and Jansook N. The Development of Health Literacy Promoting Model of Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy: Journal of MCU Nakhondhat. 2020; 7(9): 316-27. (in Thai)
17. Puengsook W.; Kanthawee H. and Markmee P. Factors Associated with Quality of Life among Cancer Patients with Palliative Care at the End of Life residing in Chiang Rai Province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 2019; 29(2): 116-28. (in Thai)
18. Nuekwen P., Hanprasitkam K. and Junda T. Nurses' perceptions and practice on palliative care. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 2016; 27(1): 128-41. (in Thai)

19. MCGUIRE, Shelley. World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. Advances in nutrition, 2016; 7(2): 418-9.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2010. World Health Organization, 2010.
21. Tonsuvan K., Suwonnaroop N and Watthayu N. Perceived Barriers to Implementing Evidence, Attitudes, and Research Experiences Toward Evidence-Based Nursing Practice among Professional Nurses in Health Promoting Hospital. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019; 25(2): 25-40. (in Thai)
22. Jatupornpipat T, Siritarungsria B and Banyati P. Model of Palliative Care Management for Patients with Advanced Cancers at Wangchao Hospital in Tak Province. The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal, 2017; 23(1): 154-76. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล

The Effect of the Health Promotion Program of Thin Pre-School Children on Nutritional Care Behavior among Caregivers

ธมกร เทียนฤทธิ์เดช* นาฏอนงค์ แฟงพงษ์

Thamakorn Thienphuridej* Natanong Fangpong

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เด็กมีภาวะผอม มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดหาอาหารแก่เด็ก จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 120 นาที ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 สถิติทดสอบค่าที (t-test) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ คือ

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 90.71$, $SD. = 8.29$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 66.24$, $SD. = 5.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.50$, $p < .05$)

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลหลังการทดลอง ($\bar{X} = 90.71$, $SD. = 8.29$) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 79.42$, $SD. = 6.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.48$, $p < .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมเพิ่มพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, เด็กก่อนวัยเรียน, พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการ, ผู้ดูแล

Abstract

This study was a quasi-experimental research using a two-group, pretest-posttest design. The purpose of this research aimed to study the effect of the health promotion program of thin pre-school children on nutritional care behavior among caregivers. The subjects of this study were 76 caregivers, aged 20-59 years have roles and duties to take care of food providing for pre-school children. The subjects were randomly assigned to the experimental and control groups, with 38 patients in each group. The experimental group participated in the health promotion program that applied health belief model based on Becker, s health belief model, for 7 sessions, each session took 120 minutes, the control group received routine care. The research instruments consisted of the health promotion program and nutritional care behaviors questionnaire in which the Cronbach, s alpha coefficient was .82. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data. The results of the study were follows.

1) The mean scores for the nutritional care behaviors of the experimental groups after participating ($\bar{X}$ = 90.71, SD. = 8.29) in the health promotion program was statistically significantly higher of the mean scores than before participating ($\bar{X}$ = 66.24, SD. = 5.814) in the program (t = 15.50, p < .05)

2) The mean scores for the nutritional care behaviors of the experimental groups ($\bar{X}$ = 90.71, SD. = 8.29) and the control groups ($\bar{X}$ = 79.42, SD. = 6.62) after participating in the health promotion program was statistically significantly (t = 7.48, p < .05)

Keywords: nutritional status, pre-school children, nutritional care behavior, caregivers

บทนำ

ภาวะทุพโภชนาการยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก โดยจากรายงานการสำรวจด้านโภชนาการ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกมีภาวะโภชนาการขาดมากกว่า ภาวะโภชนาการเกิน โดยมีภาวะเตี้ย (เด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ อายุต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)¹ หรือการขาดสารอาหารแบบ ร้อยละสูงถึง 159 ล้านคน (ร้อยละ 23.8) และมีภาวะผอม (เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)¹ หรือการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลัน 50 ล้านคน (ร้อยละ 7.5) ซึ่งจากเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ปี พ.ศ. 2568 กำหนด เป้าหมายให้ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ยลดลงร้อยละ 50 ภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5² สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจ สถานการณ์ด้านโภชนาการของเด็ก ปี พ.ศ. 2562 พบว่าเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 13 และภาวะผอมร้อยละ 8 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ที่ภาวะเตี้ยและภาวะผอมอยู่ที่ ร้อยละ 11 และ 8 ตามลำดับ³ จากรายงานการประชุมประจำปีเดือน ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองศรีโค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำเดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กบ้านแหม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต และศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านโนนงาม พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะผอมมากที่สุด รองลงมาคือ ภาวะเตี้ย (ร้อยละ 18, 10 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะโภชนาการยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาสมอง ของเด็กสุขภาพและความเป็นอยู่ของเด็กในระยะยาว

เด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการขาดจะมีการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สามารถมองเห็นได้ เช่น เด็กจะมี ลักษณะซูบซีด ผอม เตี้ย แคระแกรน กล้ามเนื้อเหลวลึบเพราะ ขาดไขมันชั้นใต้ผิวหนัง เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีภูมิ ต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่ายและหายช้า ซึ่งองค์การยูนิเซฟ รายงานว่า ภาวะโภชนาการขาดในเด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวข้องกับการ เสียชีวิตกว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั่วโลกและสามในสี่ ของเด็กที่เสียชีวิตมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการขาดสารอาหารใน ระดับเริ่มแรกและปานกลาง โดยไม่มีอาการแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งหากในช่วงวัยนี้ เด็กได้รับสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนไม่ เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาสมองของเด็ก นอกจากนี้ ยังส่งผลให้มีภูมิต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่ายและหายช้า มีระดับสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าเด็กที่มี

ภาวะโภชนาการปกติ และเมื่อเป็นผู้ใหญ่อาจพบปัญหาเชิงเบนด้านพฤติกรรมได้⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเด็กมีหลายปัจจัย อาทิเช่น ปัจจัยด้านเด็ก ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อย่างไรก็ตามเด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่มักจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาขาดสารอาหาร เพราะเป็นวัยที่หวั่นเล่น สนใจสิ่งแวดล้อม และยังไม่มีรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงต้องพึ่งพามารดาหรือผู้ดูแลด้านอาหารเป็นหลัก หากผู้ดูแลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการ ได้แก่ การเลือกซื้อหาอาหาร การเตรียม การประกอบอาหาร และการดูแลเด็กให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย ย่อมส่งผลให้เด็กได้รับปริมาณและสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน หรือไม่ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กตามมา ดังนั้นพ่อแม่หรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน^{5,6} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของครอบครัว ปัจจัยเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของครอบครัว และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ดังนั้น พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลอาจถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน⁷

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ที่ผ่านมาทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีการแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การให้ความรู้ การจัดโครงการต่างๆ ในการส่งเสริมโภชนาการในเด็ก แต่จากสถิติและข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาโภชนาการในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนทั้งในทั่วโลก ประเทศไทย ตลอดจนในพื้นที่เทศบาลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ยังคงมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น อีกทั้งจากข้อมูลการสนทนากับผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนบางส่วนในพื้นที่พบว่า ผู้ดูแลบางรายยังขาดความเข้าใจในพัฒนาการการกินตามวัยของเด็ก หลักการจัดอาหาร ตลอดจนแนวทางการฝึกให้เด็กรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ทุกชนิด รวมถึงให้ลองอาหารชนิดใหม่ เป็นต้น ดังนั้นปัญหาโภชนาการในเด็กต้องแก้ไขอย่างจริงจังและตรงประเด็น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้นำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้และได้ผลดี⁷ โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ด้านโภชนาการของผู้ดูแลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม ภายใต้แนวคิดและทฤษฎีที่ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มาออกแบบโปรแกรมโดยมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงภาวะคุกคาม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยหวังผลให้ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เด็กมีภาวะผอมมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักโภชนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งจะ让孩子ได้รับปริมาณและสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการเจริญเติบโตสมวัยและมีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะผอม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะผอม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายสุขภาพของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันและรักษาโรค^๑ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีทั้งการสอนให้ความรู้แบบบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การเสนอตัวแบบที่ดี การรณรงค์และจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้การช่วยเหลือกัน การเยี่ยมบ้าน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและสิ่งชักนำการกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้นๆ รวมถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือบุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest posttest design) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 ขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อีก 15% เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล^๑ จำนวน 6 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 76 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 38 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนด้วยวิธีการจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่คนละพื้นที่ จึงทำให้กลุ่มผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนไม่มีกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ไม่มีโอกาสพบกัน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่มีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ เป็นผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2-6 ปี) มีภาวะผอม โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เมื่อเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและเพศหญิง สำหรับเด็กแรกเกิด-5 ปี ของกรมอนามัย พ.ศ. 2558 ที่มีค่าต่ำกว่า 1.5 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-1.5 S.D.) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก มีบทบาทหน้าที่หลักดูแลเรื่องการจัดหาอาหารและเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้ดูแลที่มีเด็กมีโรคประจำตัวที่ได้รับบริการวินิจฉัยโดยแพทย์และมีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคธาลัสซีเมียและโรคหอบหืด หรือผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนมีประวัติการแพ้อาหารและมีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ เนื้อสัตว์ อาหารทะเล ไข่มัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการ ประกอบด้วยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร จัดเตรียมอาหาร ประกอบอาหาร และการดูแลเด็กให้รับประทานอาหาร เป็นข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดค่า (rating scale) แบ่งคะแนนเป็น 0-3 คะแนน จากข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 120 นาที ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ โดยกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้ โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เพื่อรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคทุพโภชนาการ ความรุนแรงและผลกระทบของโรค เพื่อให้รับรู้ภาวะคุกคามของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการ กิจกรรมครั้งที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กทราบถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา ลดอุปสรรคของการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 3 การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในการจัดหาอาหาร ได้แก่ การเลือกซื้อหาอาหาร การเตรียม การประกอบอาหารและการดูแลให้เด็กรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ รวมถึงการแสดงแบบอย่างชนิดและปริมาณอาหารที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน เพื่อลดอุปสรรคในการทำอาหาร สร้างการรับรู้ประโยชน์ของอาหารและสร้างความสามารถแห่งตน กิจกรรมที่ 4 การเสนอแบบอย่างที่ดีโดยการเล่าเรื่องตัวแบบของคนที่ประสบพบเจอเป็นการสร้างสิ่งชักนำซึ่งเป็นตัวกระตุ้นหรือตัวเร่งให้เกิดพฤติกรรม กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมประสานผู้นำท้องถิ่นในการติดป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมและการรณรงค์ออกเสียงตามสาย กิจกรรมที่ 6 การจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกิจกรรมที่ 7 การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย เพื่อติดตามพฤติกรรมและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อเป็นการสร้างสิ่งชักนำการกระทำโดยการกระตุ้นเตือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือนี้มีการพัฒนาไว้แล้ว¹⁰ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ และเครื่องมือนี้มีความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.93 จึงไม่ได้ตรวจสอบ

ความตรงของเนื้อหาซ้ำ และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .838 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .816 เกณฑ์การให้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-117 คะแนน โดยคะแนน 81-117 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติระดับดีมาก 51-80 คะแนน ระดับดี 31-50 คะแนน ระดับปานกลาง 0-30 คะแนน ต้องปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-85/2564 ซึ่งรับรองวันที่ 10 กันยายน 2564 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทั้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการของผู้ดูแลก่อนการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ
3. ประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้านโภชนาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านโภชนาการของผู้ดูแล ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test โดยการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลกลุ่ม

ทดลอง ($z = .975$, $p > .05$) และกลุ่มควบคุม ($z = .979$, $p > .05$) มีการกระจายแบบโค้งปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติพารามेटริก โดยใช้ Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัย สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 52.6 และ 63.2 ตามลำดับ การศึกษาของกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 36.6 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 50 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 34.2 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 26.3 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 25,001-30,000 บาท ร้อยละ 39.4 และ 60.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ 73.7 และ 68.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน ร้อยละ 47.4 และ 55.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการจากบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 71 และ 76.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างความเกี่ยวข้องของผู้ดูแล การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน

โภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนในผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500-3,000 กรัม ร้อยละ 60.5 และ 73.7 ตามลำดับ เด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 7 วัน ร้อยละ 89.5 และ 73.7 ตามลำดับ เด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันจำนวน 7 วัน ร้อยละ 73.7 และ 50 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างน้ำหนักแรกเกิด การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของเด็กก่อนวัยเรียนในผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p < .05$)

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลและระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 38$)

พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็ก ด้านโภชนาการ	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				df	t	p-value
	Min	Max	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	$\bar{X}$	SD.			
	54	72	66.24	5.81	74	110	90.71	8.29	37	15.508	.000

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($\bar{X} = 90.71$, $SD. = 8.29$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 66.24$, $SD. = 5.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.508$, $p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นของเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 76)

พฤติกรรมการเล่นด้านโภชนาการ	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD.)	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD.)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	66.24 (5.81)	65.34 (6.40)	37	.679	.501
หลังการทดลอง	90.71 (8.29)	79.42 (6.62)	37	7.489	.000

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นของเด็กด้านโภชนาการของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 90.71, SD. = 8.29) ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 78.42, SD. = 6.62) ซึ่งได้รับการติดตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.489, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมมากกว่าก่อนการวิจัย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ เป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมของผู้ดูแล โดยช่วยให้ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เด็กมีภาวะผอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีทั้งการสอนให้ความรู้แบบบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การเสนอตัวแบบที่ดี การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ความรู้โดยการจัดปายประชาสัมพันธ์ เสี่ยงตามสายและการเยี่ยมบ้าน ซึ่ง กิจกรรมเหล่านี้เป็นการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและสิ่งชักนำการกระทำ จะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น รวมถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ตามมาคือการที่บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ที่มีภาวะผอมของผู้ดูแลส่งผลให้มีพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการที่ดีและมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม มีคะแนนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเล่นเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก พบว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ชนเผ่าม้งได้ อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองโดยการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลที่มีเด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะผอมได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมการเล่นเด็กด้านโภชนาการดีขึ้น จึงอธิบายได้ว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยออกแบบกิจกรรมเพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและสิ่งชักนำการกระทำ โดยมีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนที่เด็กมีภาวะผอม ของตนเองที่ผ่านมามีภายในกลุ่ม แล้วนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างกลุ่มและมีการสรุปในภาพรวม ทำให้เห็นความ แตกต่างของแนวคิดพื้นฐานความรู้ของแต่ละคน เกิดการเรียนรู้ มองเห็นถึงปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนอุปสรรคของการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนด้าน โภชนาการ อีกทั้งการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในการจัดหา อาหาร ยังช่วยลดอุปสรรคในการทำอาหาร สร้างการรับรู้ ประโยชน์ของอาหารและสร้างความสามารถแห่งตน ตลอดจน การเสนอแบบอย่างที่ดีโดยการเล่าเรื่องตัวแบบของคนในชุมชน หรือประสบการณ์จากผู้อื่นจากตัวแบบบุคคลที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จาก การสังเกตตัวแบบ มีทักษะที่เพียงพอในการนำไปสู่การกระทำ ตามตัวแบบ และเป็นการสร้างสิ่งชักนำซึ่งเป็นตัวกระตุ้นหรือ ตัวเร่งให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติ นั้นๆ รวมถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้น ผลลัพธ์ที่ตามมา คือบุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเกิดขึ้น ดังนั้นการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมของผู้ดูแลมีผลช่วยปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า การดูแลตามปกติ ทั้งนี้เพราะหลังจากที่ผู้ดูแลเด็กได้เข้าร่วม กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะ ผอมสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกซื้อหาอาหาร จัดเตรียมอาหาร ประกอบอาหารและการดูแลเด็กให้ รับประทานอาหารให้ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จาก ผลต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของ ผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งนำไปสู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กโดยรวมหลัง การทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นหากผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการที่ดี เด็กจะได้รับปริมาณและ สารอาหารครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีพลังงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการเจริญเติบโตตามวัย และมีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยการนำ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอม ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ด้านโภชนาการของผู้ดูแล สามารถปรับรูปแบบกิจกรรมให้เข้า กับสถานการณ์ปัจจุบัน และระยะเวลาให้สอดคล้องกับกลุ่ม ตัวอย่าง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมี การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน ด้านโภชนาการในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะผอมและภาวะผอม

References

1. World Health Organization. Child growth standards and the identification of severe malnutrition in infants and children. World Health Organization Geneva Switzerland; 2015.
2. Unicef, WHO, The World Bank group. Level and Trend in Child Malnutrition. Geneva Switzerland: World Health Organization; 2015.
3. The National Statistical Office. Monitoring the situation of children and women. Nonthaburi: National Office of Buddhism; 2019. (in Thai)
4. Venables PH, Raine AL. Poor Nutrition at Age 3 and Schizotypal Personality at Age 23: The Mediating Role of Age 11 Cognitive Functioning. American Journal of Psychiatry. 2012;169(8): 822-30.
5. Anonjarn K, Odomporn O. The Influence of Health Literacy with Consumption and Exercise Behavior among School-age Children with Overnutrition. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 314-26. (in Thai)
6. Singhasame P, Suwanwaha S, Sarakshetrin A. Nutritional Promotion in Pre-School Children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(3) : 226-35. (in Thai)

7. Sirinam W. Factors influencing nutritional status of Children development centers in Banklang Subdistrict Municipality Sanpatong District, Chiang Mai Province. (thesis). Chaingmai: Ratchaphat Chaingmai University; 2019. (in Thai)
8. Becker, M.H. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Thienphuridej T. A comparative study of Parental factors between thin and normal pre-school children in Warinchamrap District, Ubonratchathani Province. Journal of nursing and health. 2019; 44(3) : 84-95. (In Thai)
11. Saeyang C, Yunak R, Oba N. Effect of applied health belief model on caregiver, s providing behavior and body weight among underweight early children in Hmong, Journal of nursing and health sciences, 2014;8(1) : 120-29. (In Thai)

ผลการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความตึงเครียด ของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

Effects of Royal Court Massage on Stress Index in Stressed Person with Stressed

วาริณี แสงประไพ¹ นภัสวรรณ ดีอ้อม¹ วันวิสาข์ บุญเต็ม² อรรถกานต์ พิมพวงค์³ ธราธร อัครวัชรวรโชติ⁴ ปริญญาทร สิงห์ทอง*¹

Warinee Sangprapai¹ Napassawan Deeom¹ Wanwisa Boontem²

Arttakan Pimwong³ Taratorn Aussawatworachot⁴ Pariyapat Singthong*¹

¹คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubonratchathani Rajabhat University,
Ubonratchathani, Thailand 34000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุม ยโสธร ประเทศไทย 35160

²Tum Health Promoting Hospital, Yasothon, Thailand 35160

³โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

³Fort Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand 34000

⁴โรงพยาบาลดอนมดแดง อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

⁴Don Mot Daeng Hospital, Ubonratchathani, Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความตึงเครียดของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด วัดผลก่อนและหลังการนวดแบบราชสำนัก ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยนวดบริเวณขา ขาด้านนอก ขาด้านใน แขนด้านนอก แขนด้านใน หลัง บ่า หัวไหล่ และต้นคอ กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 26 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ที่มีความเครียดระดับสูง อายุระหว่าง 18-25 ปี เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดอัตราการแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง มีค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกาย ลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นรูปแบบการนวดแบบราชสำนักเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะเครียดเพื่อให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย

คำสำคัญ: การนวดแบบราชสำนัก, ระดับความตึงเครียดของร่างกาย, ภาวะความเครียด

Abstract

This research is a quasi-experimental study to compare the stress index in stressed subjects. Measure results before and after the royal court massage. The study was conducted for 1 week, 3 times, 60 minutes each time. Massage the legs, outer legs, inner legs, outer arms, inner arms, back, shoulders, shoulders, and neck curves. The sample group consisted of 26 people. The selection criteria were those with high levels of stress aged 18-25. The tools used

Corresponding Author: *E-mail: pariyapat.s@ubru.ac.th

วันที่รับ (received) 22 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ก.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ต.ค. 2564

include general information queries, stress assessment form (SPST-20), blood pressure monitor and a heart rate variability (HRV). The results showed that after all three trials there was a significant decrease in heart rate (Mean HRT) and stress index. Therefore, the royal style of massage is an alternative to caring for people with stress in order to relax the body.

Keywords: royal court massage, stress index, stress

บทนำ

ความเครียด (Stress) ความเครียดเกิดจากความทุกข์ที่เกิดจากสิ่งเร้าจากภายนอก และจากภายในจิตใจและความคิดของบุคคล ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ขาดความสุขและความสงบภายในจิตใจ¹ โดยกลไกการตอบสนองของความเครียดทางสรีรวิทยา มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตือน (alarm stage) เป็นการตอบสนองโดยการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในช่วงแรกเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดเรียก “ระยะช็อก” การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกยับยั้งส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกายต่ำลง เกิดภาวะเลือดข้น ระดับกลูโคสในกระแสเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด หลังจากนั้นร่างกายจะเข้าสู่ “ระยะต้านช็อก” ในระยะนี้จะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเกิดการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัว รุ่มาตาขยาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสูงขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว มีการขับเหงื่อเพิ่มมากขึ้น มีการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย^{2, 3, 4}

ระยะที่ 2 ระยะต่อต้าน (resistance phase) หรือระยะปรับตัว ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพื่อต่อต้านกับความเครียดทำให้ร่างกายเกิดความสมดุล โดยที่ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานลดลง แต่ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลและแอลโดสเตอโรนหลังมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยจะมีการปรับตัวผ่านระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยลดการอักเสบและความเครียด แต่หากร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลได้จะนำไปสู่ระยะต่อไป ระยะที่ 3 ระยะหมดกำลัง (exhaustion) เป็นระยะที่ปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะเครียดรุนแรง ถ้าภาวะความเครียดรุนแรงและอยู่นานจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะไม่สมดุลจะส่งผลกระทบต่อร่างกายต่อไป^{1, 5} ความเครียดส่งผลกระทบต่อความเป็นองค์รวมของบุคคล ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ขมวดคิ้ว ปวดตึงกล้ามเนื้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ 2) ด้านจิตใจ เช่น ปากสั่น มือสั่น เสียงสั่น พุดเร็ว เดินตัวเกร็ง นอนไม่หลับ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ จำอะไรไม่ค่อยได้ วิตกกังวล เศร้า โกรธ คับข้องใจ และ 3) ด้านสังคมและจิตวิญญาณ เช่น ไม่อยากไปทำงาน เบื่องาน ทำงานผิดพลาดบ่อย ๆ ทำงานไปวัน ๆ ขาดงานบ่อยหรือมาสายบ่อย ๆ ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ไม่อยากเข้าสังคม นอกจากนี้เมื่อเกิดความเครียดสะสมยังส่งผลทำให้เซลล์เกิดความเสียหายของเซลล์ภายในร่างกาย รวมถึงระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย^{5, 6} จนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ⁷ เช่น โรคซึมเศร้า² โรคแพนิค³ โรคหัวใจและหลอดเลือด⁸ และภาวะไขมันในเลือด⁹

กลไกการเกิดความเครียดในทางการแพทย์แผนไทย คือ เมื่อเกิดความเครียดทำให้ธาตุไฟกำเริบ กระทบต่อให้ธาตุลมกำเริบและธาตุน้ำหย่อน หากยังเครียดต่อเนื่องธาตุไฟจะหย่อน ธาตุลมจะหย่อน ธาตุน้ำจะกำเริบ และหยดนิ่ง จนของเสียสะสมปริมาณของของเสียจะมากขึ้น จนกระทบธาตุดินให้วิปริต ส่งผลให้มีอาการตึง คอ บ่า ไหล่ มีอาการที่ท้องและอาการทางศีรษะ¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดส่งผลให้ระดับความเครียดและอาการแสดงของความเครียดลดลง^{1, 11} เช่น การศึกษาการนวดเส้นประธานสิบ คือ เส้นอหิทาและปิงคลา บริเวณหลังเป็นเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดเส้นประธานสิบมีผลต่ออัตราการแปรปรวนของหัวใจและสามารถลดความตึงเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² การศึกษาการนวดไทย โดยการนวดบริเวณหลัง คอ ศีรษะ แขน มือ ขา และท้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีระดับอัลฟาอะไมเลสในน้ำลายลดลง และมีผลต่อความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ และระบบประสาทอัตโนมัติ¹³ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการนวดไทยต่อความเครียดด้านจิตใจและความแปรปรวนของหัวใจ โดยการศึกษาในอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี จำนวน 30 คน

แบ่งเป็นของ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทย และกลุ่มนอนพัก เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มนวดแผนไทยมีค่ารากที่สองของค่าความแตกต่างเฉลี่ยกำลังสองของจังหวะการเต้นของหัวใจในช่วงปกติต่อเนื่อง และค่าย่านความถี่ต่ำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ การนวดแบบราชสำนักมีการพัฒนาสืบทอดกันมาจากแพทย์แผนไทยที่เคยปฏิบัติงานอยู่ในราชสำนัก เป็นศาสตร์และศิลปะการนวดด้วยมือและนิ้วมือกดลงไปตามกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความสุภาพและสำรวม ขณะกดนวดจะมีการแต่งรสมือโดยการกดลงน้ำหนักในแต่ละครั้ง แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ หนึ่ง เพื่อให้เกิดความนุ่มนวล ความสบาย และไม่มีการระบมภายหลัง¹⁵ แต่ยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับผลการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความตึงเครียด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความตึงเครียดของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียดก่อนและหลังการนวดพื้นฐานราชสำนัก เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการรักษาความเครียดในรูปแบบการนวดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความตึงเครียดของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียดก่อนและหลังการนวดพื้นฐานราชสำนัก

คำถามวิจัย

การนวดพื้นฐานราชสำนักมีผลต่อระดับความเครียดของร่างกายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียดหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย การนวดแบบราชสำนักโดยการนวดแนวพื้นฐานจะใช้มือและนิ้วมือกดลงกล้ามเนื้อ กดค้างไว้ให้กล้ามเนื้อ บริเวณนั้นขาดเลือดชั่วคราว ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสียที่หลอดเลือดและขยายตัว (ischemic compression) เมื่อปล่อยแรงกดจะเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองให้เลือดไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น (reactive hyperemia) ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง รวมถึงส่งผลต่อระบบประสาท (reflex effects) เมื่อกระแสประสาทส่งต่อจากไขสันหลังไปยังสมองส่วนบนจะมีการกระตุ้นให้หลั่งสารเบต้าเอ็นโดรฟิน (beta endorphin) เพิ่มขึ้น¹⁶ ทำให้ผู้ที่ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลาย และส่งผลต่อระดับความเครียดของร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะเครียดทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะความเครียด ได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงจากงานของ Vitsarut Butttagat ในปี 2011¹⁷ กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .5 ผลจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน และเพื่อป้องกันการลดลงของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุระหว่าง 18-25 ปี 2) มีภาวะความเครียดจากแบบประเมินความเครียด (SPST-20) โดยจะต้องมีระดับความเครียด 42 คะแนนขึ้นไป (ความเครียดในระดับสูง) 3) หยุดยา หยุดการรักษาการบำบัดความเครียด ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร ฟังเซ็ม หรือการรักษาอื่น ๆ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรคระยะแพร่เชื้อ กลาก เคลื่อนหรือโรคผิวหนังในระยะที่อาจติดต่อสู่ผู้อื่นได้โดยการสัมผัส 2) ได้รับการผ่าตัด ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 3) หญิงตั้งครรภ์ 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนและกระดูกเปราะแตกหักง่าย

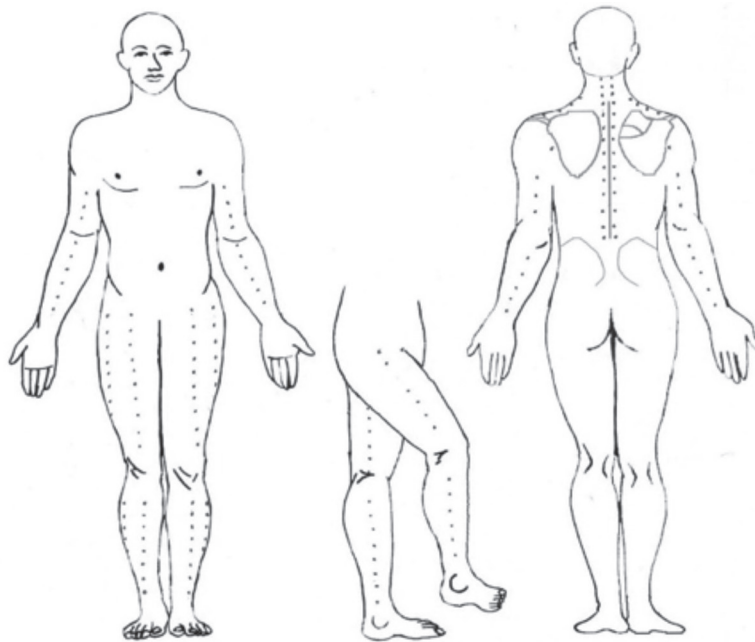
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด
2. แบบวัดประเมินความเครียด (SPST-20)* ด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนความเครียดตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยมีการกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ระดับคะแนน 0-23 คะแนน ความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะสั้นๆ เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ระดับคะแนน 24-41 คะแนน ความเครียดในระดับปานกลางเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดอาจรู้สึกวิตกกังวล ระดับคะแนน 42-61 คะแนน ความเครียดในระดับสูง ได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัวทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้ง ระดับ

คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป ความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่องหรือทำนุกำลังเผชิญ กับวิกฤตของชีวิต

3. เครื่องวัดความดันโลหิต (Automatic blood pressure monitor) รุ่น Omron hem-7121

4. เครื่องวัดอัตราการแปรปรวนของการเต้น ของหัวใจ (Heart rate variability, HRV) รุ่น SA3000P โดยวัดค่าอัตราการเต้นของหัวใจ (Mean HRT) ค่าความ แปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (SDNN) ค่าเสถียรภาพของ กระแสไฟฟ้าของหัวใจ (RMSSD) ค่าการทำงานของระบบ ประสาทอัตโนมัติ (ANS activity) ค่าความสมดุลของระบบ ประสาทอัตโนมัติ (ANS Balance) ค่าความทนทานต่อ ความเครียด (Stress resistance) ค่าระดับความตึงเครียด ของร่างกาย (Stress index) และค่าความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Fatigue index)



ภาพที่ 1 แสดงจุดนวดพื้นฐานแบบราชสำนัก

5. ทำการทดลอง โดยการนวดพื้นฐานแบบ ราชสำนัก คือ การนวดพื้นฐานขาเปิดประตุลม พื้นฐานขา ด้านนอก พื้นฐานขาด้านใน พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขน ด้านใน พื้นฐานแขนด้านนอก พื้นฐานบ่า พื้นฐานไหล่ และ พื้นฐานคอ จะนวดทั้งข้างซ้ายและขวา ระยะเวลาในการ กดนวดแต่ละจุดประมาณ 10 วินาที (คาบน้อย)¹⁵ ใช้เวลา นวดทั้งหมด 60 นาที ดังแสดงในภาพที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วม ศึกษาวิจัย

3. กรอกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป คำนวนธาตุเจ้าเรือนจากเดือนเกิดสากลตามคัมภีร์ประมจันดา คือ ผู้ที่เกิดเดือนธันวาคม มกราคม และกุมภาพันธ์ มีธาตุไฟเป็น ธาตุเจ้าเรือน คนที่เกิดเดือนมีนาคม เมษายน และพฤษภาคม มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือน คนที่เกิดเดือนมิถุนายน กรกฎาคม และสิงหาคม มีธาตุน้ำเป็นธาตุเจ้าเรือน คนที่เกิดเดือนกันยายน ตุลาคม และพฤศจิกายน มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน¹⁸

4. วัดความดันโลหิต และวัดอัตราการแปรปรวน ของการเต้นของหัวใจ ตามลำดับก่อนการทดลองทุกครั้ง

7. เมื่อสิ้นสุดการทดลองอาสาสมัครได้รับการวัด ความดันโลหิต และวัดอัตราการแปรปรวนของการเต้น ของหัวใจทันทีทุกครั้ง

8. ทำการทดลองเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั่วไป ระดับความเครียด โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าความดันโลหิต และค่าอัตราการแปรปรวนของการเต้นของหัวใจก่อนหลัง การวิจัยก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t test และใช้สถิติ Chi-Square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2561-051 รับรองเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ภายหลังอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการ วิจัยกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติที่ผู้ร่วมวิจัยได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าทั้งหมด 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.76 อายุเฉลี่ย

ส่วนมากเป็นธาตุไฟร้อยละ 42.31 อายุเฉลี่ย 19.83 ± 0.97 ปี ความดันซิสโตลิก 114.77 ± 14.00 mmHg ความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 74.03 ± 8.87 mmHg ระดับความเครียดจากแบบประเมินความเครียด (SPST-20)* ด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครมีความเครียดระดับสูง

จากการเปรียบเทียบความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในอาสาสมัครก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 พบว่า ค่าความดันซิสโตลิก ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ (Mean HRT) ค่าความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS Balance) และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกาย (Stress Index) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (SDNN) ค่าเสถียรภาพของกระแสไฟฟ้าของหัวใจ (RMSSD) ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS Activity) ค่าความทนทานต่อความเครียด (Stress Resistance) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการทดลองครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า หลังการทดลองค่าอัตราการเต้นของหัวใจ และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3

รายการ	ค่าปกติ	ครั้งที่ 1		p-value	ครั้งที่ 2		p-value	ครั้งที่ 3		p-value
		ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
- ความดันซิสโตลิก	90-119 mmHg	114.77 $\pm$ 14.00	112.03 $\pm$ 12.22	0.039*	110.67 $\pm$ 11.16	105.97 $\pm$ 20.85	0.244	110.17 $\pm$ 11.15	108.07 $\pm$ 12.67	0.381
- ความดันไดแอสโตลิก	60-79 mmHg	74.03 $\pm$ 8.87	73.00 $\pm$ 7.34	0.283	71.00 $\pm$ 6.61	74.67 $\pm$ 7.30	0.006*	71.73 $\pm$ 9.74	70.50 $\pm$ 7.97	0.329
- Mean HRT	60-90 bpm	83.47 $\pm$ 9.33	78.07 $\pm$ 9.87	0.000*	84.30 $\pm$ 11.49	81.97 $\pm$ 11.16	0.042*	81.53 $\pm$ 9.55	78.57 $\pm$ 9.15	0.011*
- SDNN	> 30 ms	43.67 $\pm$ 10.30	51.24 $\pm$ 18.16	0.003*	45.27 $\pm$ 14.02	49.29 $\pm$ 19.21	0.111	48.09 $\pm$ 16.03	51.04 $\pm$ 16.75	0.178
- RMSSD	> 10	34.20 $\pm$ 11.16	40.35 $\pm$ 14.00	0.008*	36.77 $\pm$ 14.12	38.01 $\pm$ 13.60	0.504	38.56 $\pm$ 14.61	41.34 $\pm$ 15.51	0.349
- ANS Activity	90-110	94.75 $\pm$ 11.53	98.99 $\pm$ 12.35	0.035*	95.41 $\pm$ 11.87	95.58 $\pm$ 12.09	0.980	96.45 $\pm$ 14.55	99.21 $\pm$ 14.04	0.184
- ANS Balance	0-50	50.35 $\pm$ 36.05	34.77 $\pm$ 32.33	0.047*	53.15 $\pm$ 29.34	46.92 $\pm$ 33.35	0.491	49.60 $\pm$ 33.12	35.68 $\pm$ 33.57	0.088
- Stress Resistance	90-110	95.00 $\pm$ 6.40	98.20 $\pm$ 10.37	0.014*	95.73 $\pm$ 10.38	99.33 $\pm$ 14.67	0.060	98.03 $\pm$ 14.12	100.70 $\pm$ 12.31	0.081
- Stress Index	90-110	96.47 $\pm$ 8.05	92.57 $\pm$ 10.38	0.001*	96.80 $\pm$ 9.42	94.20 $\pm$ 11.91	0.021*	96.10 $\pm$ 12.03	92.27 $\pm$ 8.03	0.002*
- Fatigue Index	90-110	101.52 $\pm$ 18.58	101.47 $\pm$ 11.89	0.190	103.18 $\pm$ 11.92	102.15 $\pm$ 12.85	0.982	101.04 $\pm$ 16.82	98.74 $\pm$ 17.13	0.493

* มีความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในแต่ละครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงค่าความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจและระดับความเครียดในอาสาสมัครทั้งก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของอาสาสมัคร

รายการ	ก่อนการทดลองครั้งที่ 1	หลังการทดลองครั้งที่ 3	p-value
- ความดันซิสโตลิก	114.77±14.00	108.07±12.67	0.003*
- ความดันไดแอสโตลิก	74.03±8.87	70.50±7.97	0.032*
- Mean HRT	83.47±9.33	78.57±9.15	0.006*
- SDNN	43.67±10.30	51.04±16.75	0.026*
- RMSSD	34.20±11.16	41.34±15.51	0.018*
- ANS Activity	94.75±11.53	99.21±14.04	0.183
- ANS Balance	50.35±36.05	35.68±33.57	0.049*
- Stress Resistance	95.00±6.40	100.70±12.31	0.009*
- Stress Index	96.47±8.05	92.27±8.03	0.006*
- Fatigue Index	101.52±18.58	98.74±17.13	0.276
ระดับความเครียด จำนวน (ร้อยละ)^a			
- เครียดน้อย	-	13 (50.00)	.000*
- เครียดปานกลาง	-	9 (34.62)	
- เครียดระดับสูง	17 (65.38)	4 (15.38)	
- เครียดระดับรุนแรง	9 (34.61)	-	

^aสถิติที่ใช้ Chi-Square test

* มีความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในอาสาสมัครก่อนการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 3 พบว่า ค่าความดันซิสโตลิก ค่าความดันไดแอสโตลิก ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ค่าระดับความตึงเครียดของร่างกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ ค่าเสถียรภาพของกระแสไฟฟ้าของหัวใจ ค่าความทนทานต่อความเครียด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ในทางการแพทย์แผนไทยกล่าวว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วย 4 ธาตุ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ในร่างกายแต่ละบุคคลจะมีสัดส่วนของธาตุทั้ง 4 ไม่เท่ากัน โดยมีธาตุใดธาตุหนึ่งเป็นหลัก เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือน ผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือนและมีพฤติกรรมเสี่ยงจะเครียดและป่วยง่ายที่สุด¹⁰ แต่การศึกษาอาสาสมัครส่วนใหญ่ธาตุกำเนิดเป็น

ธาตุไฟ ซึ่งไม่สอดคล้องการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากธาตุเจ้าเรือนสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ ฤดูกาล กาลเวลา ถิ่นที่อยู่ และมูลเหตุการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม¹⁸ การนวดพื้นฐานแบบราชสำนัก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการนวดบริเวณพื้นฐานขา พื้นฐานแขน พื้นฐานหลัง พื้นฐานบ่า พื้นฐานหัวไหล่ และพื้นฐานคอ พบว่า ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ยหลังการนวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งหลังการทดลอง เนื่องจากการนวดส่งผลอย่างมากต่อระบบประสาท ซึ่งประกอบไปด้วยสมอง ไขสันหลัง เส้นประสาท ปลายประสาทรับความรู้สึก และระบบประสาทอัตโนมัติ โดยการนวดทำให้ร่างกายรับรู้การสัมผัสผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น แล้วส่งสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลังและสมองเพื่อรับรู้และส่งผลให้มีการปรับสมดุลของร่างกาย โดยจะปรับการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกเป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกมีศูนย์กลางอยู่ที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 7, 9, 10 บริเวณสมอง

ส่วนเมดัลลา ออบลองกาตา (Medulla Oblongata) และ
ไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บ ซึ่งทำงานอยู่นอกเหนืออำนาจ
จิตใจจะรับรู้ข้อมูลความรู้สึกของร่างกายเกี่ยวกับ อุณหภูมิ
อารมณ์ ความรู้สึก และความเครียดจากสมองใหญ่ และ
สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) เช่น ความดันเลือด
การหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ รวมทั้งมีหน้าที่ปรับ
อัตราการเต้นของหัวใจ^{19,20} หากมีภาวะเครียดเกิดขึ้นระบบ
ประสาทซิมพาเทติกจะทำงานเพิ่มขึ้น และระบบประสาท
พาราซิมพาเทติกจะทำงานลดลง ทำให้ร่างกายมีความดันโลหิต
และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น²¹ สอดคล้องกับการศึกษา
ผลการนวดศีรษะด้วยเทคนิคการนวดแบบอินเดีย ทำการนวด
เป็นเวลา 60 นาที ประกอบด้วยการนวดศีรษะในท่านอนหงาย
และกอดจุดด้านหน้า และท่านอนคว่ำและกอดจุดบริเวณด้านหลัง
พบว่า หลังจากการนวด 30 นาที และ 60 นาที จะส่งผลให้อัตรา
การเต้นของหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

การที่หัวใจเต้นช้าลงเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะผ่อนคลาย (Rest and Digest) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัย
เป็นไปตามสมมติฐานอาสาสมัครที่มีภาวะเครียดภายหลังได้รับการ
การนวดพื้นฐานแบบราชสำนักมีระดับความตึงเครียดของ
ร่างกายลดลง เนื่องจากการนวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบ
ประสาทพาราซิมพาเทติกเพิ่ม ในขณะที่ระบบประสาท
ซิมพาเทติกก็ลดลง ทำให้ต่อมใต้สมองหลังเอนเคฟาลิน และ
เอนดอร์ฟินออกมา โดยมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินมีผลทำให้
ร่างกายผ่อนคลาย รวมทั้งลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ²³
สอดคล้องกับการศึกษาการนวดไทย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้
ทำการนวดบริเวณหลัง คอ ศีรษะ แขน มือ ขา และท้อง เป็น
เวลา 60 นาที พบว่า มีระดับความตึงเครียดของร่างกายลดลง¹³
การศึกษานวดมือด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นเวลา 30 นาที
ในอาสาสมัครเพศหญิงสุขภาพดี จำนวน 20 คน หลังการทดลอง
อาสาสมัครมีความเครียดลดลง²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษา
การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 36 คน
โดยนวดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ในระยะเวลา
48 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองหลังการนวดอัตราการเต้น
ของหัวใจ ความดันโลหิต และความเครียดลดลงอย่างมีนัย
สำคัญ²⁵ นอกจากนี้หลังการการนวดพื้นฐานแบบราชสำนัก
ครั้งที่ 1 ยังทำให้ค่าความดันซิสโตลิก และค่าความสมดุล
ของระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ส่วนค่าความแปรปรวน
ของการเต้นของหัวใจ ค่าเสถียรภาพของกระแสไฟฟ้าของหัวใจ
ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ค่าความทนทานต่อ

ความเครียดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการนวดพื้นฐานราชสำนักจึงเป็น
ทางเลือกในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยลดภาวะเครียด
ของประชาชน อันเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้า โรคแพนิค
โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะไขมันในเลือด เป็นวิธีหนึ่ง
ในการรักษาภาวะเครียดโดยไม่ใช้ยา ทำให้ไม่มีผลข้างเคียง
ของยาและสามารถลดการใช้ยาและค่าใช้จ่ายในการนำเข้า
ยาได้ด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครจำนวน 1 กลุ่ม แล้ว
วัดผลก่อนและหลังการทดลองทำการศึกษาเป็น ระยะเวลา
1 สัปดาห์ ทำการนวดจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที
ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง มีค่าอัตราการเต้นของหัวใจ
และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกายมีค่าลดลง ดังนั้นรูปแบบ
การนวดแบบราชสำนักเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแล
ผู้ที่มีภาวะเครียดเพื่อให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย

ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป

อาจจะมีการขยายผลการศึกษา โดยการนำรูปแบบ
การนวดราชสำนักไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรคแพนิค
โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะไขมันในเลือด หรือ
การศึกษาเปรียบเทียบกับกรนวดรูปแบบต่าง ๆ ศึกษาระยะเวลา
ในการนวด จำนวนครั้งในการนวด ผลระยะยาวหลัง
จากการนวดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจาก
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ขอขอบคุณคณะแพทย์
แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และโรงพยาบาลดอนมดแดงที่
เอื้อเฟื้อสถานที่รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและอาสาสมัคร
ทุกคนที่สละเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย

References

1. Srisopa P, Asarath T. Nursing role in preventing and managing stress, Burapha Journal of Medicine. 2017; 4(2): 79-92. (in Thai)
2. Won E and Kim YK. Stress, the Autonomic Nervous System, and the Immune-kynurenine Pathway in the Etiology of Depression, Current Neuropharmacology. 2016; 14(7): 665-73.

3. Esler M, Eikelis N, Schlaich M, Lambert G, Alvarenga M, Kaye D, El-Osta A, Guo L, Barton D, Pier C, Brenchley C, Dawood T, Jennings G, Lambert E. Human sympathetic nerve biology: parallel influences of stress and epigenetics in essential hypertension and panic disorder, *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008; 1148: 338-48.
4. Kyrou L, Tsigos C. Stress hormones: physiological stress and regulation of metabolism, *Current Opinion in Pharmacology*. 2009; 9(6): 787-93.
5. Tonhajzerova I, Mestanik M. New perspectives in the model of stress response, *Physiological Research*. 2017; 66(2): S173-S85.
6. Househam AM, Peterson CT, Mills PJ, Chopra D. The Effects of Stress and Meditation on the Immune System, Human Microbiota, and Epigenetics, *Advances in Mind-Body Medicine*. 2017; 31(4): 10-25.
7. Galluzzi L, Yamazaki T, Kroemer G. Linking cellular stress responses to systemic homeostasis, *Nature Reviews Molecular Cell Biology*. 2018; 19(11): 731-45.
8. Saeid Golbidi, Jefferson C Frisbee, Ismail Laher. Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes, *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*. 2015; 308(12): H1476-98.
9. Stewart SH, Westra HA. Benzodiazepine side-effects: from the bench to the clinic, *Current Pharmaceutical Design*. 2002; 8(1):1-3.
10. Pongwacharak S, Chokeyivat V. The Concept of Stress Management in Thai Traditional Medicine, *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 2019; 17(2): 239-52. (in thai)
11. Achananuphap S. Textbook treatment of common diseases 2. 4th. Bangkok: Pimpee; 2008. (in Thai)
12. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Kharmwan S. The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2011; 15(1): 15-23.
13. Sripongngam T, Eungpinichpong W, Sirivongs D, Kanpittaya J, Tangvoraphonkchai K, Chanaboon S. Immediate Effects of Traditional Thai Massage on Psychological Stress as Indicated by Salivary Alpha-Amylase Levels in Healthy Persons, *Medical Science Monitor Basic Research*. 2015; 21: 216-21.
14. Sripongngam T, Eungpinichpong W, Sirivongs D, Kanpittaya J, Tangvoraphonkchai K, Chanaboon S. Psychological Stress Can Be Decreased by Traditional Thai Massage, *Journal Medical Association of Thailand*. 2015; 98(5): 29-35.
15. Thai Traditional Medical Rehabilitation Foundation Ayurveda school. Traditional Thai Medicine (Royal Court Massage). Bangkok: Usa publications; 2012. (in Thai)
16. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965; 150:971-9.
17. Vitsarut B, Wichai E, Uraiwon C, Samerduen K. The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2011; 15: 15-23.

18. Mahajaroensiri S, Vannabhum M, Thamsermsang O, Iampornchai S, Akarasereenont P, Laohapand T. The development of evaluation form for present body elements (Present Dhat Chao Ruean) diagnosis in Thai Traditional Medicine, Siriraj Medical Bulletin. 2018; 10(2): 65-73. (in Thai)
19. Eungpinichpong W. Thai massage for therapy. Bangkok: Suwiryasan publications; 2009. (in Thai)
20. Tankitjanon P, Palanuvej C, Ruangrunsi N, A Comparative Study of Court-Type Traditional Thai Massage Versus Diclofenac Gel on Function of Shoulder and Ability of Arm in Patients with Frozen Shoulder: A Randomized, Controlled Trial, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18: 32-40. (in Thai)
21. Lehrer P. M, Vaschillo E, Vaschillo B, Lu S, Eckberg D. L, Edelberg R., et al. Heart rate variability biofeedback increases baroreflex gain and peak expiratory flow, Psychosomatic Medicine. 2003; 65(1): 796-805.
22. Kanjanasilanont A, Puagprakong P. The Effect of Head Massage on Electromyography Biofeedback BloodPressure and Heart Rate in Massage Therapists, Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2018; 16(2): 312-18. (in Thai)
23. Lakasing E, Lawrence D. When to use reflexology, Alternative medicine. 2010; 20(1), 16-9.
24. Komori T, Kageyama M, Tamura Y, Tateishi Y, Iwasa T. Anti-stress effects of simplified aroma hand massage, Mental Illness. 2018; 10 (1): 31-4.
25. Montibeler J, Domingos TDS, Braga EM, Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Kurebayashi AK. Effectiveness of aromatherapy massage on the stress of the surgical center nursing team: a pilot study, Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2018; 52: 1-8.

สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่

Digital Competency of Newly Graduated Nurses

ปิติณัฐ ราชภักดี *

Pitinut Ratchapakdee *

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000

Faculty of Nursing, Ratchathani Udonthani Campus, Udonthani, Thailand 41000

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2563 จำนวน 65 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือ ตั้งแต่ 0.53 ถึง 1.0 และหาค่าความเชื่อมั่นของ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า 1) สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$ S.D. = 0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้ดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.35$ S.D. = 0.61) รองลงมาเป็น การรู้ดิจิทัล ($\bar{X} = 3.07$ S.D. = 0.61) การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล ($\bar{X} = 2.90$ S.D. = 0.74) และ การแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($\bar{X} = 2.88$ S.D. = 0.71) ตามลำดับ 2) ส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจในสมรรถนะด้านการใช้ดิจิทัลมากที่สุด ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.70) รองลงมาเป็น ด้านการรู้ดิจิทัล ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.69) ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.96) และด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.68) ตามลำดับ

คำสำคัญ : บัณฑิตพยาบาล, สมรรถนะดิจิทัล, ความพึงพอใจ

Abstract

The descriptive study was conducted to examine level of the digital competency and stakeholders satisfaction of the digital competency of newly graduated nurses. The sample were 65 stakeholders of graduated nurse in the 2020 academic year and worked from public and private hospitals. Data were collected by questionnaire. The questionnaire was analyzed content validity. The index of item-objective congruence were 0.53-1.00 the Cronbach's Alpha Coefficient were 0.84. Descriptive statistics analysis were used in this study.

The result showed that 1) the digital competency of newly graduated nurses was moderate level when separate parts of the digital competency: it was found that the Digital skill with the highest mean ($\bar{X} = 3.35$ S.D. = 0.61) followed by the digital literacy ($\bar{X} = 3.07$ S.D. = 0.61), the adaptive digital transform in nursing ($\bar{X} = 2.90$ S.D. = 0.74) and the problem solving in nursing with digital tools ($\bar{X} = 2.88$ S.D. = 0.71)

Corresponding Author: *E-mail: pitinut@rtu.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ม.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ม.ค. 2566

2) the stakeholders satisfaction of the digital competency of newly graduated nurses was moderate level ($\bar{X} = 3.07$, S.D. = 0.70), when separate parts of the satisfaction digital competency it was found that the most satisfaction was digital skill with the highest mean ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.70), followed by the digital literacy ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.69), the adaptive digital transform in nursing ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.96) and the least satisfaction was the problem solving with digital tools ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.68)

Keywords: Graduated nurses, Digital competency, Satisfaction

บทนำ

เมื่อโลกเปลี่ยนเป็นยุคเทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเห็นได้จากนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พ.ศ. 2561-2580 ซึ่งมีเป้าหมายคือ เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศด้วยการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลสร้างโอกาสทางสังคมอย่างเท่าเทียมด้วยข้อมูลข่าวสารและบริการต่างๆ ผ่านสื่อดิจิทัลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทุกกลุ่มมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพในยุคดิจิทัล¹ วิชาชีพพยาบาลก็เช่นกัน จากผลกระทบของเทคโนโลยีและระบบดิจิทัลที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพพยาบาลต้องมีความสามารถด้านดิจิทัลเพื่อบริการการปรับเปลี่ยนและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่เข้ากับกิจกรรมทางวิชาชีพการพยาบาล ต้องทำงานผ่านระบบสารสนเทศเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการใช้นวัตกรรม แอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพผ่านระบบออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล และการสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งมีผลกระทบมากขึ้นกับงานประจำของพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้นเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงของโลก พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพสูง เพื่อบริการความคาดหวังของสังคมและกลุ่มผู้ใช้บริการ ดังนั้นเมื่อโลกและสังคมเปลี่ยน พยาบาลควรต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง พร้อมพัฒนาศักยภาพตนเองในด้านดิจิทัล² ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันที่ระบุว่าพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของตนเองด้านการใช้คอมพิวเตอร์และสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล ให้มี

คุณภาพและให้ได้สมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ³ และสอดคล้องกับการศึกษา⁴ องค์ประกอบของสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพพยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะทางด้านดิจิทัลเพิ่มขึ้นทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะย่อย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะเพียงพอในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อุปกรณ์ดิจิทัลที่ทันสมัยเพิ่มความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้รับบริการ⁴

สมรรถนะด้านดิจิทัล (Digital Competency) คือความสามารถในการผสมผสานระหว่าง ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเพื่อใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสม ปลอดภัย สร้างสรรค์ อิสระ และมีจริยธรรม ได้แก่การทำงาน การแก้ปัญหา การสื่อสาร การจัดการข้อมูล การร่วมมือ การสร้างเนื้อหา และความรู้¹ ในวิชาชีพพยาบาลสมรรถนะดิจิทัลพยาบาล หมายถึง ความสามารถทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การเรียนรู้ และการทำงานเป็นทีม⁴ ซึ่งสมรรถนะดิจิทัลเกิดขึ้นได้จากการถูกสอน การเรียนรู้ฝึกฝนด้วยตนเอง การอบรมและประสบการณ์ และสามารถวัดได้โดยใช้แบบประเมินและการสังเกต⁵ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลในยุคปัจจุบันหลักสูตรในการผลิตบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ ได้มีการกำหนดตามแนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลสำหรับคุณวุฒิปริญญาตรีด้านใช้สารสนเทศเทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดการเรียนการสอน ในมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านที่ 5 ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ⁶ เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาบัณฑิตให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งความสามารถด้านดิจิทัลเป็นสิ่งสะท้อนความสามารถของบัณฑิตที่มีความรู้และทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีในปัจจุบันมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเรียนรู้ การแก้ไข

ปัญหา การสื่อสาร ตลอดจนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ เพื่อรู้เท่าทันการใช้งานและการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพ การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง¹ บัณฑิตพยาบาลเมื่อจบไปใหม่ต้องจึงควรมีสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญของสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนมีการประเมินตามมาตรฐานการเรียนรู้ด้านที่ 5 เท่านั้น ยังไม่มีการเพิ่มเนื้อหาเรื่องสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาล การกำหนดและการประเมินสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลในหลักสูตร ทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาล พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาล⁴ การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย⁷ การศึกษาสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล⁸ และการศึกษาปัจจัย คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะสารสนเทศทางการพยาบาล⁹ ซึ่งเป็นการศึกษาสมรรถนะดิจิทัลพยาบาลทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะย่อย ยังไม่พบการศึกษาถึงระดับสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าสนใจและหากจะพัฒนาทักษะนี้ควรเริ่มที่จะพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าผลการศึกษานี้จะนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล

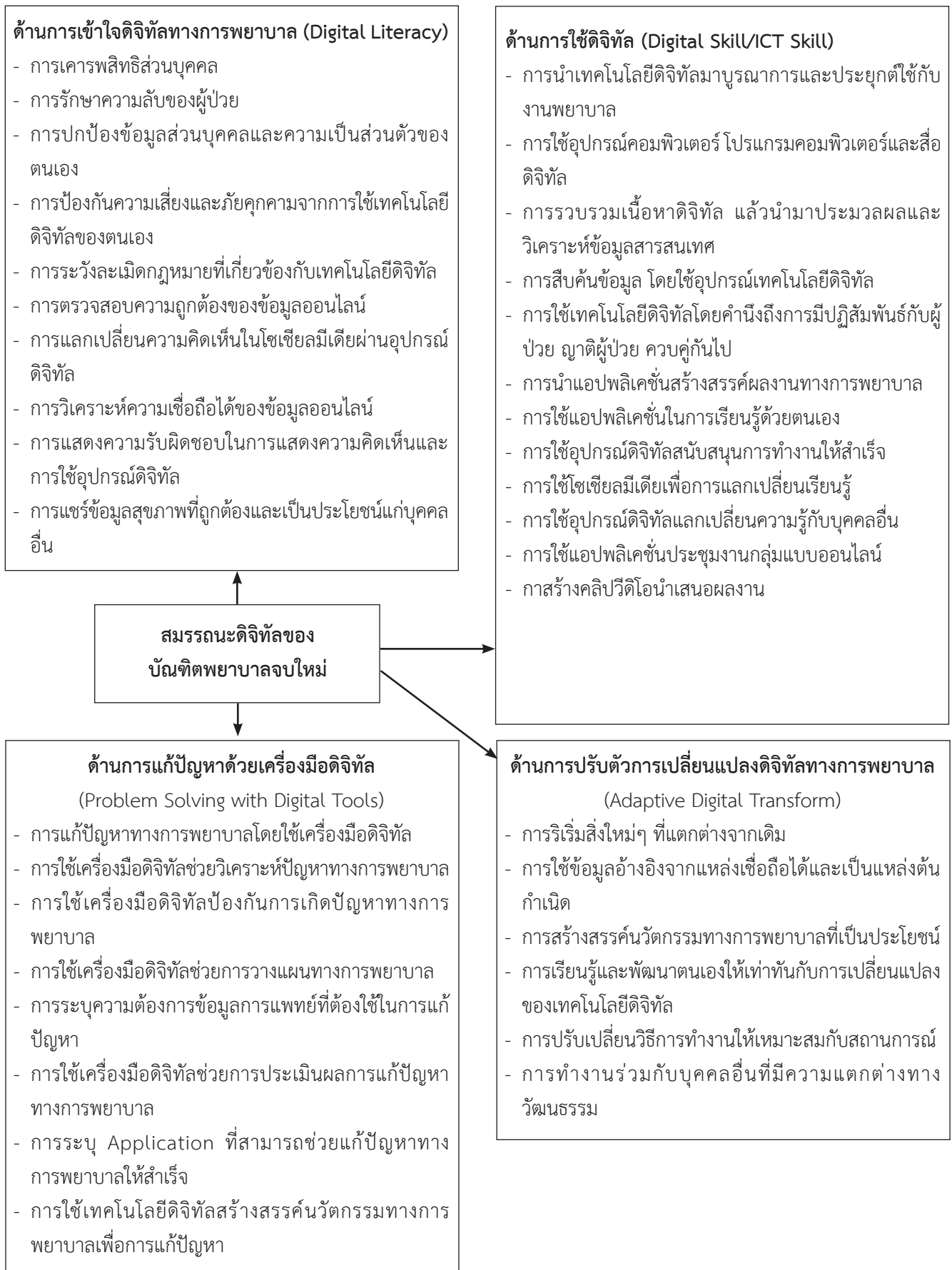
ทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมเหมาะสมกับสังคมแห่งดิจิทัลต่อไป และเพื่อเป็นข้อมูลให้องค์กรพยาบาลได้พัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลเพื่อสามารถทำงานในองค์กรที่มีการปรับเปลี่ยนไปสู่องค์กรดิจิทัล (Digital transformation) ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามกรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมือง¹ โดยนำมากำหนดสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล (Digital Literacy) 2) ด้านการใช้ดิจิทัล (Digital Skill/ICT Skill) 3) ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (Problem Solving with Digital Tools) 4) ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล (Adaptive Digital Transform) ซึ่งในการประเมินสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ได้แนวคิดจากการประเมินสมรรถนะดิจิทัล⁵ ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติงานพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีสมรรถนะดิจิทัลพยาบาลด้านต่างๆ และประเมินจากการตรวจสอบจากผลการปฏิบัติงานพยาบาล จากงานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้บัณฑิตในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่อยู่ในตำแหน่งหัวหน้าแผนกหรือผู้แทนและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องให้กับบัณฑิตพยาบาล ซึ่งสำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีวิทยาเขตอุดรธานี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 76 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บังคับบัญชา เป็นหัวหน้าแผนกหรือผู้แทนการปฏิบัติงานพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลที่มีบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563 ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งหมด 76 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีวิทยาเขตอุดรธานี วันที่ 6 พฤศจิกายน 2564 หนังสือรับรองเลขที่ 04-11-2564 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงตัวบุคคลและหน่วยงานต้นสังกัด

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ใช้บัณฑิต ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน สังกัดหน่วยงาน

2. แบบประเมินสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่โดยผู้ใช้บัณฑิต เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดสมรรถนะดิจิทัลและการทบทวนวรรณกรรม^{1,4,5,6,7,8,9} แบ่งออกเป็น 4 ด้าน 36 สมรรถนะ ได้แก่

1. ด้านการเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) 10 สมรรถนะ
2. ด้านการใช้ดิจิทัล (Digital Skill/ICT Skill) 12 สมรรถนะ
3. ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (Problem Solving with Digital Tools) 8 สมรรถนะ
4. ด้านการปรับตัวการเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (Adaptive Digital Transform)) 6 สมรรถนะ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ¹⁰ โดยมีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนสมรรถนะในแต่ละด้าน ดังนี้ 5 = มีสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลมากที่สุด 4 = มีสมรรถนะดิจิทัลทางการ

พยาบาลมาก 3 = มีสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลปานกลาง 2 = มีสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลน้อย 1 = มีสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย และเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับสมรรถนะดิจิทัล แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึงระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ โดยมีการให้ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้ 5 พึงพอใจมากที่สุด 4 พึงพอใจมาก 3 มีพึงพอใจปานกลาง 2 มีพึงพอใจน้อย 1 พึงพอใจน้อยที่สุด และเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ใช้วิธีตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัล 1 ท่าน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามสมรรถนะดิจิทัลและความพึงพอใจต่อสมรรถนะดิจิทัล ทั้งฉบับ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.53 ถึง 1.0 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีสุดท้าย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อความของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงการวิจัยได้รับผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีวิทยาเขตอุดรธานี ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 76 คนปฏิบัติงานอยู่ โดยประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์โดยส่งกลับถึงผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามที่ตอบกลับมา ซึ่งมีจำนวน 65 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.52 และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลจบใหม่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. ระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ อายุ 30-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.53 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.23 และปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดโรงพยาบาลรัฐบาล คิดเป็น ร้อยละ 62.50

2. ระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่โดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n = 64)

สมรรถนะดิจิทัล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
1. ด้านการใช้ดิจิทัล	3.35	0.61	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าใจดิจิทัล	3.07	0.61	ปานกลาง
3. ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล	2.90	0.74	ปานกลาง
4. ด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล	2.88	0.71	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.05	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$ S.D. = 0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการใช้ดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.35$ S.D. = 0.61) รองลงมาเป็น การรู้ดิจิทัล ($\bar{X} = 3.07$ S.D. = 0.61) การปรับตัวการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล ($\bar{X} = 2.88$ S.D. = 0.71)

และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($\bar{X} = 2.90$ S.D. = 0.74) ตามลำดับ

3. ระดับสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่รายด้าน

3.1 ด้านการเข้าใจดิจิทัล

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลด้านการเข้าใจดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n = 65)

สมรรถนะดิจิทัล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
ด้านการเข้าใจดิจิทัล			
1. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในโซเชียลมีเดียผ่านอุปกรณ์ดิจิทัล	3.76	0.47	มาก
2. การแชร์ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น	3.25	0.63	ปานกลาง
3. การเคารพสิทธิส่วนบุคคล	3.13	0.80	ปานกลาง
4. การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัวของตนเอง	3.09	0.36	ปานกลาง
5. การรักษาความลับของผู้ป่วย	3.05	0.58	ปานกลาง
6. การแสดงความรับผิดชอบในการแสดงความคิดเห็นและการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล	2.96	0.19	ปานกลาง
7. การป้องกันความเสี่ยงและภัยคุกคามจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของตนเอง	2.92	0.63	ปานกลาง
8. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลออนไลน์	2.90	0.75	ปานกลาง
9. การระวังละเมิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัล	2.86	0.78	ปานกลาง
10. การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของข้อมูลออนไลน์	2.74	0.94	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.07	0.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะดิจิทัลด้านการเข้าใจดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$ S.D. = 0.61) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในโซเชียลมีเดียผ่านอุปกรณ์ดิจิทัล

มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.76$ S.D. = 0.47) และการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของข้อมูลออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.74$ S.D. = 0.94)

3.2 ด้านการใช้ดิจิทัล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลด้านการใช้ดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n = 65)

สมรรถนะดิจิทัล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
ด้านการใช้ดิจิทัล			
1. การใช้แอปพลิเคชันประชุมงานกลุ่มแบบออนไลน์	3.70	0.71	มาก
2. การสร้างคลิปวิดีโอนำเสนอผลงาน	3.62	0.85	มาก
3. การใช้แอปพลิเคชันในการเรียนรู้ด้วยตนเอง	3.60	0.81	มาก
4. การสืบค้นข้อมูล โดยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล	3.57	0.65	มาก
5. การใช้อุปกรณ์ดิจิทัลแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่น	3.54	0.62	มาก
6. การใช้โซเชียลมีเดียเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.51	0.60	มาก
7. การใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์และสื่อดิจิทัล	3.51	0.53	มาก
8. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลโดยคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ควบคู่กันไป	3.20	0.65	ปานกลาง
9. การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาบูรณาการและประยุกต์ใช้กับงานพยาบาล	3.08	0.57	ปานกลาง
10. การนำแอปพลิเคชันสร้างสรรค์ผลงานทางการพยาบาล	3.01	0.24	ปานกลาง
11. การใช้อุปกรณ์ดิจิทัลสนับสนุนการทำงานให้สำเร็จ	3.00	0.36	ปานกลาง
12. การรวบรวมเนื้อหาดิจิทัล แล้วนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ	2.86	0.74	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.35	0.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะดิจิทัลด้านการใช้ดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$ S.D. = 0.61) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การใช้แอปพลิเคชันประชุมงานกลุ่มแบบออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.70$ S.D. = 0.71) และการรวบรวมเนื้อหา

ดิจิทัลแล้วนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.86$ S.D. = 0.74)

3.3 ด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n = 65)

สมรรถนะดิจิทัล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
ด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล			
1. การระบุความต้องการข้อมูลการแพทย์ที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหา	3.07	0.50	ปานกลาง
2. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา	3.05	0.78	ปานกลาง
3. การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยการวางแผนทางการพยาบาล	2.96	0.56	ปานกลาง
4. การใช้เครื่องมือดิจิทัลป้องกันการเกิดปัญหาทางการพยาบาล	2.90	0.69	ปานกลาง
5. การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยการประเมินผลการแก้ปัญหาทางการพยาบาล	2.90	0.61	ปานกลาง
6. การระบุ Application ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้สำเร็จ	2.88	0.62	ปานกลาง
7. การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล	2.80	0.75	ปานกลาง
8. การแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือดิจิทัล	2.50	1.19	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	2.88	0.71	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะดิจิทัลด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$ S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าการระบุความต้องการข้อมูลการแพทย์ ที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.07$ S.D. = 0.50)

และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.50$ S.D. = 1.19)

3.4 ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n = 65)

สมรรถนะดิจิทัล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ
ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล			
1. การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล	3.03	0.81	ปานกลาง
2. การทำงานร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม	3.01	0.51	ปานกลาง
3. การสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลที่เป็นประโยชน์	3.00	0.89	ปานกลาง
4. การใช้ข้อมูลอ้างอิงจากแหล่งเชื่อถือได้และเป็นแหล่งต้นกำเนิด	2.94	0.80	ปานกลาง
5. การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์	2.76	0.88	ปานกลาง
6. การริเริ่มสิ่งใหม่ๆ ที่แตกต่างจากเดิม	2.66	0.55	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	2.90	0.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะดิจิทัลด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$ S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด

($\bar{X} = 3.03$ S.D. = 0.81) และการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ ที่แตกต่างจากเดิม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.66$ S.D. = 0.55)

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตในสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ (n=65)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$ S.D. ระดับความพึงพอใจ		
1. ด้านการใช้ดิจิทัล	3.52	0.70	มาก
2. ด้านการเข้าใจดิจิทัล	3.00	0.69	ปานกลาง
3. ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	2.94	0.96	ปานกลาง
4. ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	2.82	0.68	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.07	0.75	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะด้านการใช้ดิจิทัลมากที่สุด ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.70) รองลงมาเป็นการเข้าใจดิจิทัล ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.69) ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($\bar{X} = 2.94$, S.D. = 0.96) และด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.68) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่

จากผลการศึกษาสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ซึ่งประเมินโดยผู้ใช้บัณฑิตในภาพรวม พบว่าบัณฑิตพยาบาลจบใหม่มีสมรรถนะดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่บัณฑิตพยาบาลที่จบไปใหม่เพิ่งเริ่มเข้าทำงานโรงพยาบาลและเป็นการทำงานกับผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งในแต่ละสมรรถนะล้วนเป็นสมรรถนะดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การแก้ปัญหาทางการพยาบาล จึงอาจทำให้ยังไม่คุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล อาจต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มระดับของสมรรถนะ ซึ่งในปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพมีการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสื่อดิจิทัลตลอดเวลา ดังนั้นหากสามารถใช้งานได้อย่างชำนาญจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁴ สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อ

สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการวิจัย พบว่าระดับสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง อันเนื่องมาจากการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่เป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้ดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดนี้เนื่องจากการใช้ในชีวิตประจำวันเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการรับส่งเมลล์ การติดต่อสื่อสารทางแอปพลิเคชันต่างๆ ผ่านโซเชียล การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Microsoft office โปรแกรมการนำเสนองานต่างๆ เป็นต้น อีกทั้งในการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning นักศึกษาได้ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยในการเรียน เช่น การใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 มีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์โดยใช้แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น Zoom Cloud Meeting, Google Meet, Webex Meeting, Webinar เป็นต้น ในการเรียน การประชุมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ สมรรถนะและความต้องการของอาจารย์พยาบาล อาจารย์พยาบาลบนคลินิกในการสอนในยุคดิจิทัล ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลได้อย่างดีและสามารถใช้ในการดูแลหรือหาข้อมูลได้อย่างปลอดภัย และรักษาข้อมูลไว้ได้ดี ซึ่งเป็นผลให้บัณฑิตพยาบาลที่จบใหม่มาทำงานมี

สมรรถนะดิจิทัลด้านการใช้ดิจิทัลสูงกว่าทุกด้าน ส่งผลทำให้การใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ หรือเครือข่าย สังคมออนไลน์ (social network) ในการติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือญาติผู้ป่วยได้อย่างสะดวกและรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลของของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบัณฑิตยังขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ประกอบกับยังไม่คุ้นชินในการใช้เครื่องมือดิจิทัลในการแก้ปัญหา และในหลักสูตรของสถาบันไม่ได้บรรจุเรื่องของสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาล รวมไปถึงการประเมินสมรรถนะดิจิทัลทั้ง 4 ชั้นปี และสถาบันไม่ได้มีการจัดการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลก่อนจบ ซึ่งเป็นผลทำให้ระดับของสมรรถนะด้านนี้อยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹¹ สมรรถนะและความต้องการของอาจารย์พยาบาล อาจารย์พยาบาลบนคลินิกในการสอนในยุคดิจิทัล ผลการศึกษาพบว่าการใช้ดิจิทัลในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยและการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีสุดท้ายมีความสามารถด้านนี้น้อย ดังนั้นสถาบันควรให้ความสำคัญกับสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาในด้านแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้วยเครื่องมือดิจิทัลนี้ เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดของแต่ละด้านพบว่า ด้านการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ ที่แตกต่างจากเดิม (ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล) ($\bar{X} = 2.66$ $SD = 0.55$) ด้านการรวบรวมเนื้อหาดิจิทัล แล้วนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ (ด้านการใช้ดิจิทัล) ($\bar{X} = 2.86$ $SD = 0.74$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ในระยะต้องมีการปรับตัวต้องจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ อาจจะยังไม่เข้าใจ ต้องมีการเรียนรู้ลักษณะของการทำงาน การประมวลผลการใช้ข้อมูลสารสนเทศ ในการปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วยและหน่วยงาน ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และระยะเวลาในการปรับตัวและการเรียนรู้ และการคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆ จะเริ่มมาเมื่อมีประสบการณ์และต้องการการฝึกฝน

อ ส่วนด้านการวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของข้อมูลออนไลน์ (ด้านการเข้าใจดิจิทัล) ($\bar{X} = 2.74$ $SD = 0.94$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ในการทำงานยังน้อย และอาจเนื่องมาจากในปัจจุบันข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นข่าวสาร ภาพ หรือวิดีโอ

สามารถสืบค้นออนไลน์ได้ตลอดเวลา มีการส่งผ่าน เข้าถึง ข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา ซึ่งมีข้อมูลทั้งที่เป็นจริงน่าเชื่อถือและไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งบัณฑิตอาจนำข้อมูลมาใช้ในการนำเสนอกรณีศึกษา นำเสนองานของหน่วยงานอาจมีการใช้ข้อมูลแบบไม่ได้วิเคราะห์ ทั้งนี้บัณฑิตพยาบาลจะต้องฝึกการสืบค้น การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะดิจิทัลบัณฑิตพยาบาลจบใหม่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสมรรถนะด้านการใช้ดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการเข้าใจดิจิทัล ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลและด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากบัณฑิตพยาบาลเพิ่งจบใหม่อาจยังไม่คุ้นชินกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล ประกอบกับการเริ่มเข้าปฏิบัติการพยาบาลในช่วงแรกอาจจะให้ความสนใจและตั้งใจในการเรียนรู้ระบบการปฏิบัติการในแต่ละแผนก จึงอาจทำให้สมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลนี้ยังแสดงออกมาไม่เด่นชัด และช่วงระยะเวลาในการประเมินเป็นช่วงที่เรียนรู้งาน ช่วงเวลาในการประเมินสั้นเกินไป ซึ่งหากประเมินต่อเนื่องอาจจะเห็นผลที่ชัดเจน และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจด้านการใช้ดิจิทัลมากที่สุด เนื่องจากในชีวิตประจำวันใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็น การใช้คอมพิวเตอร์ การใช้โปรแกรมต่างๆ การสืบค้น การติดต่อสื่อสาร การนำเสนองานการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางโซเชียล สอดคล้องกับการศึกษา¹² สมรรถนะของพยาบาลสารสนเทศที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยในทักษะการใช้คอมพิวเตอร์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสมรรถนะดิจิทัลน้อยที่สุด ได้แก่ การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาประสบการณ์ในการทำงานยังน้อย ในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือดิจิทัล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการแก้ปัญหา

อาจจะยังทำได้ช้าต้องอาศัยระยะเวลา ประสบการณ์เพื่อให้เกิดความชำนาญ ทั้งนี้ควรมีการฝึกอบรมตั้งเริ่มต้นการปฏิบัติงาน รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลในด้านนี้เพิ่มเติมและอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันผู้ใช้บัณฑิตอาจมีความคาดหวังในด้านนี้มากจึงอาจทำให้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในด้านนี้น้อยที่สุด เนื่องจากเป็นสมรรถนะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งในปัจจุบัน โรงพยาบาลองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการด้านสุขภาพ มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย เข้ามามีบทบาทในการทำงานและการให้บริการ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการแข่งขันของโรงพยาบาล องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลในความพึงพอใจต่อสมรรถนะดิจิทัลในครั้งนี้ เป็นผลที่ทำให้สถาบันการศึกษา หลักสูตรและครูสอน เกิดความท้าทายในการสอนและเตรียมนักศึกษาพยาบาล สู่ระบบดิจิทัลทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความพึงพอใจแก่องค์กรและผู้ใช้บัณฑิตและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 สำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาล ข้อมูลสมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมตามหลักสูตรเสริมหลักสูตร หรือโครงการ ในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

1.2 สำหรับสถานประกอบการหรือองค์กรวิชาชีพพยาบาล นำข้อมูลนี้ไปใช้ประกอบการพิจารณาในการจัดอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาล ก่อนทำเข้าปฏิบัติงานและส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาล และติดตามสมรรถนะดิจิทัลตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

References

1. Office of the National Digital Economy and Society Commission Ministry of Digital Economy and Society. Digital competence framework for Thai Citizens. 2018. (in Thai).
2. Akkadechanunt, T. Nurses' Competency and Public Healthcare Innovations in Thailand 4.0 Era. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019; 34(1): 5-13. (in Thai).
3. Nursing Office. Guidelines for organizing nursing information systems in hospitals. Nonthaburi: Thepphenwanich. 2013. (in Thai).
4. Thangkratok, P. A study of digital competency components of Thai professional nurses. Nontaburi School of Nursing, Sukhothai Tham-mathirat Open University; 2018. (in Thai).
5. Wongyai, W., & Patpho, M. Digital Competency. Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University; 2021. (in Thai).
6. Office of The Higher Education Commission. Announcement of the Higher Education Commission on Guidelines for Compliance National Higher Education Qualifications Framework for Digital Competencies for Bachelor Degrees. Bangkok: Office of the Higher Education Commission. 2018. (in Thai).
7. Thangkratok, P., Cheevakasemsook, A., & Angsuchoti, S. A Confirmatory Factor Analysis of Digital Competency of Thai Professional Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 276-85. (in Thai).
8. Aunggarpakkarawat, A., Aree, P., & Singchungchai, P. Nursing Informatics and Digital Competencies of First-line Nurse Managers in Tertiary Level Hospitals. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2022; 30(1): 113-25. (in Thai).

9. Chusriying, S. Selected factors influencing professional nurse's information technology-competency in Community Hospitals, Regional 12 under the Ministry of Public Health, Thailand [Thesis]. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2000. (in Thai).
10. Likert, R. The human organization: its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
11. Jobst, S., et al. Competencies and needs of nurse educators and clinical mentors for teaching in the digital age a multi-institutional cross-sectional study. Biomed Central Nursing. 2022; 21: 1-15.
12. Ratcha, K., & Volrathongcha, K. Competencies of Nursing Informaticians Working in Community Hospitals in the Northeast Region of Thailand. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(4): 100-8. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดและการปฏิบัติสมาธิ SKT7 ต่ออาการปวด และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง Effects of Pain Management Program and SKT7 Meditation Exercise on Pain and Frequency of Medication Taking among Cancer Patients

ดารุณี ชัยเมือง¹ บุษบา สมใจวงษ์*¹ สุติน ชนะบุญ²

Darunee Chaimuang¹ Busaba Somjaivong*¹ Sutin Chanaboon²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

¹Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40002

²Sirindhorn College of Public Health Khon kaen, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดและการปฏิบัติสมาธิ SKT7 ต่ออาการปวด และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นมะเร็งและมีอาการปวดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 69 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 23 คน โดยทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล (RPM) ร่วมกับการจัดการอาการ คือ 1) การปฏิบัติสมาธิ SKT7 (E1) 2) ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวด (E2) และ 3) ได้รับ RPM (E3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติสมาธิ SKT7 และโปรแกรมการจัดการอาการปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA, Friedman test, One way ANOVA และ Kruskal-Wallis H ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม E1 และ E2 มีคะแนนความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) กลุ่ม E1 มีผลต่างคะแนนความปวดมากกว่ากลุ่ม E2 และกลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม E2 และกลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังนั้น ควรนำการปฏิบัติสมาธิ SKT7 และโปรแกรมการจัดการอาการปวดไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความปวด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง, โปรแกรมการจัดการอาการปวด, การปฏิบัติสมาธิ SKT7

Abstract

The objective of this experimental research was to study the effects of a pain management program (PMP) and SKT7 meditation (SKT7) on pain and frequency of pain medication among cancer patients. Sample was patients who had been diagnosed with cancer, cancer patients who met the inclusion criteria, and then randomly divided into three groups, 23 had pain, and were admitted to in-patient ward. Sixty-nine participants were random from people for each group. All 3 groups of pain management were Routine Pain Management (RPM) Together with pain management is Group E1 received SKT7, Group E2 received the PMP, and Group C received only RPM. The research instruments consisted of instruments for data collection and instruments for conducting experiments, including SKT7 meditation practice guideline and pain management program. Data were analyzed using Repeated ANOVA, Friedman test, One-way ANOVA, and Kruskal-Wallis H. The results showed that the E1 and E2 group had a statistically significant pain score ($p < .001$), the frequency of pain medication taking among was also statistically significantly lower than ($p < .05$). E1 group had a statistically significant differences between before and after the experiment more than group E2 and C ($p < .05$) The frequency of pain medication taking among group E1 was also statistically significantly lower than those in group E2 and C ($p < .05$). Therefore, the SKT7 meditation and pain management program should be applied to reduce pain.

Keyword: Cancer patients, pain management program, SKT7 Meditation exercise

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 18 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.6 ล้านคนภายในปี 2561¹ อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับอาการอื่นๆ และเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลถึงร้อยละ 50-90 อาการของโรคเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่โรคลุกลามไปถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เช่น ความปวด² ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยและครอบครัว³ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัว⁴

การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต้องมีการผสมผสาน หลายรูปแบบทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการพูดคุยกับบุคคลที่ใจกว้างใจ และแรงสนับสนุนจากสังคม⁵ การให้ความรู้ เสริมทักษะ และการ coaching เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดอุปสรรคเชิงทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดได้ดีขึ้น⁶ นอกจากนี้ยังมีการจัดการความปวดด้วยการเสริม

การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การสร้างจินตภาพ การใช้ดนตรีบำบัด การผ่อนคลาย การนวด เป็นต้น⁷

แนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ⁸ เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้นิยมนำมาใช้ในการบรรเทาอาการต่างๆ ในผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะการบรรเทาอาการปวด โดยกล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติในร่างกายจะพยายามค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการอาการผิดปกตินั้น ตามความเชื่อหรือคำบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง ถ้าอาการนั้นๆ ไม่ทุเลาลงจะพยายามหาวิธีการใหม่และการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพต้องตรงตามความต้องการของบุคคล

สมาธิ คือ ความสงบ สบาย และความรู้สึกเป็นสุขอย่างยิ่งที่มนุษย์สามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตนเอง⁹ การปฏิบัติสมาธิเป็นการประยุกต์ในการเยียวยาความผิดปกติทางกาย และทางจิต ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ การปฏิบัติสมาธิ SKT (Somporn Kantharadussadee Triamchaisri) เป็นการฝึกปฏิบัติสมาธิอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถเยียวยาความผิดปกติทางกายและทางจิตได้โดยการทำสมาธิจากการกำหนดลมหายใจผสมผสานกับการเคลื่อนไหวซึ่งกันโดยการควบคุมและฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ซึ่งมีทั้งหมด 9 กระบวนท่า โดยท่าที่ 7

เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่านั่ง หรือนอนและมีการเคลื่อนไหวเฉพาะแขนอย่างช้าๆ จะช่วยเหนี่ยวนำผู้ปฏิบัติให้เข้าสู่สมาธิและอยู่ในสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อลายจะคลายตัว กล้ามเนื้อมีระยะพักนานขึ้นระดับของ endorphin เพิ่มขึ้น และระดับของ adreno corticotropic ลดลง⁹ ดังนั้นการจัดการอาการปวดด้วยการปฏิบัติสมาธิ SKT7 จะสามารถช่วยลดความปวดตามกลไกความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง¹⁰ ทฤษฎีควบคุมประตู¹¹ และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน โดยตัดการนำกระแสความปวดในระยะ transmission modulation และ perception โดยสาร endorphin มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินมากระตุ้น substantia gelatinosa (SG) เซลล์ในระดับไขสันหลังให้หลั่งสาร enkephalin เพื่อยับยั้งการทำงานของ substance P ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปยังสมอง ที่มีผลทำให้ประตูปิด จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดลดลง⁹ ดังนั้นเทคนิค SKT7 จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าจะเหมาะสมและง่ายที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวน 331, 349 และ 356 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 70 เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวด¹² ซึ่งโรงพยาบาลศรีบุญเรือง มีแนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยการใช้ยาตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก¹ และให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แต่ยังไม่มีความรู้กับการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาที่จะช่วยเสริมในการรักษาของแพทย์ที่ชัดเจน จากข้อมูลของหอผู้ป่วยในปี 2560 ซึ่งได้ประเมินการจัดการอาการปวดและอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด จำนวน 20 รายพบว่า การจัดการความปวดของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง สามารถจัดการอาการปวดจากมะเร็งได้เพียงร้อยละ 54 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดพบเพียงร้อยละ 60¹² จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการจัดการอาการปวดที่ครอบคลุมทั้งการจัดการอาการปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยาน่าจะช่วยให้สามารถจัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ในการจัดการอาการปวดได้กับผู้ป่วยรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งที่ยังรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นจึงเป็นที่มาในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดโดยประยุกต์ โมเดลการจัดการอาการของดอดด์และคณะและการปฏิบัติสมาธิ SKT7 มาจัดการอาการปวดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อช่วยส่งเสริมการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองในการจัดการกับอาการปวด

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการอาการปวด ช่วยลดความปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้หรือไม่
2. การปฏิบัติสมาธิ SKT7 ช่วยลดความปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้หรือไม่
3. โปรแกรมการจัดการอาการปวด ช่วยลดความปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้มากกว่าการปฏิบัติสมาธิ SKT7 หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT7 (E1) ในกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลร่วมกับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล (E2) และในกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล (C)
2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างกลุ่ม E1 กับกลุ่ม C และระหว่างกลุ่ม E2 กับกลุ่ม C
3. เปรียบเทียบคะแนนความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างกลุ่ม E1 กับกลุ่ม E2

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม E1 และ E2 มีคะแนนความปวดน้อยกว่า และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดลดลงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม E1 และ E2 มีผลต่างคะแนนความปวดก่อนกับหลังดำเนินการมากกว่าและจำนวนครั้งของ

การได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม C

3. ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม E2 มีผลต่างคะแนนความปวด ก่อนกับหลังดำเนินการมากกว่าและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดลดลงกว่ากลุ่ม C

4. ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม E2 มีผลต่างคะแนนความปวด ก่อนกับหลังดำเนินการมากกว่า และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม E1

กรอบแนวคิดทฤษฎี

ผู้วิจัยได้นำกลไกความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)¹¹ และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ร่วมกับพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการปวด โดยประยุกต์จากโมเดลการจัดการอาการ⁸ และการปฏิบัติสมาธิ SKT7 มาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

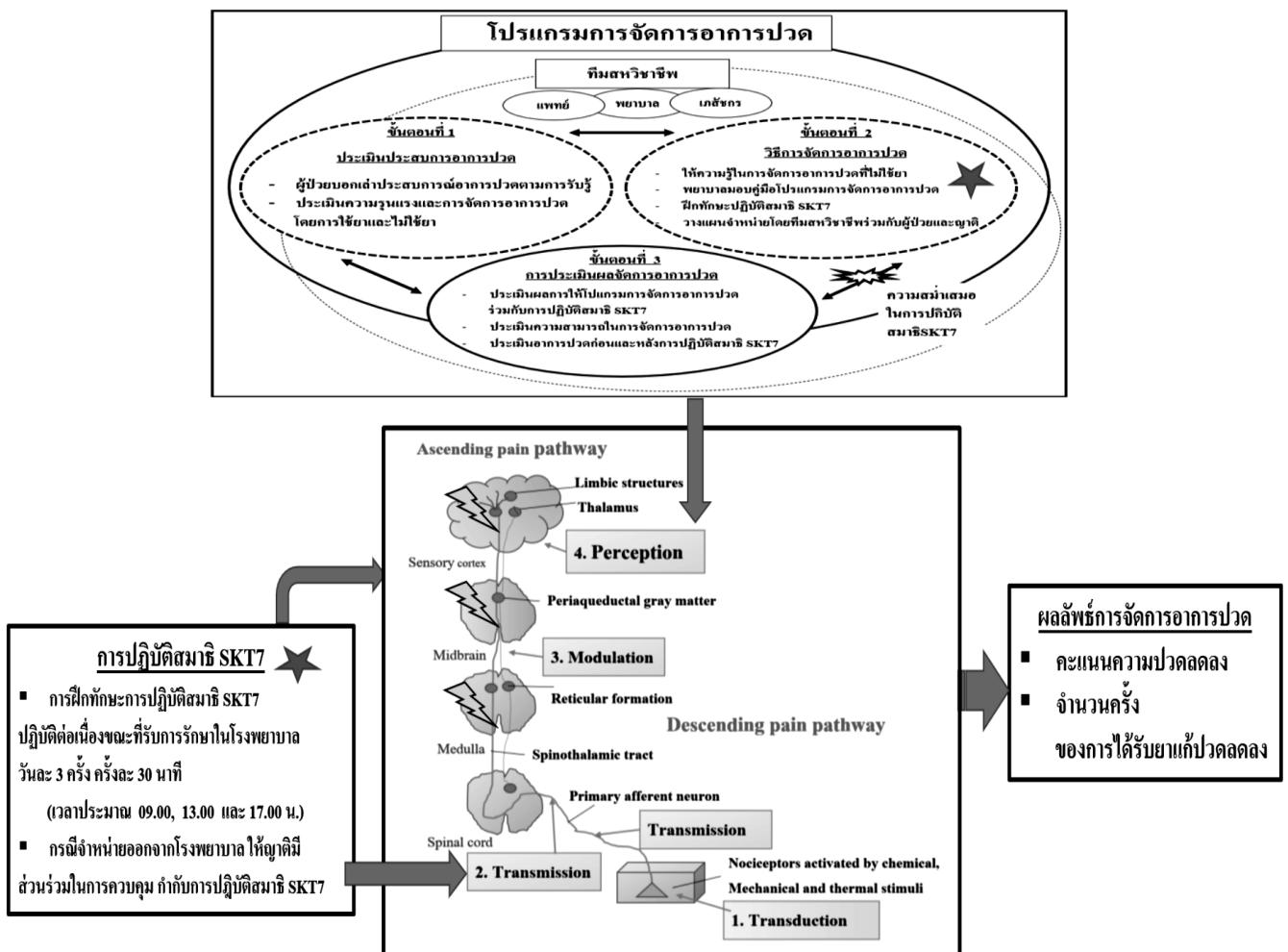
ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวด และการปฏิบัติสมาธิ SKT7

ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

Experimental group (E1) หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT7

Experimental group (E2) หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลร่วมกับการจัดการอาการปวด

Control group (C) หมายถึง กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล



ภาพแสดง กรอบแนวคิดการวิจัย การจัดการอาการปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูควบคุมความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research: a randomized controlled trial) แบบ pretest-posttest experimental design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวด การปฏิบัติสมาธิ SKT7 ต่ออาการปวด และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง และมีอาการปวด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2562 ถึง 30 เมษายน 2563 โดยการสุ่มเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่ม (random assignment) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่คืนที่ จำนวน 69 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 23 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง และมีอาการปวด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีระดับคะแนนความรู้สึกปวดครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 4/10 คะแนน (ประเมินจากแบบวัดความปวดแบบตัวเลข) 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้สื่อสารตามปกติได้ 4) ไม่มีประวัติติดยาระงับปวดมาก่อน 5) ได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (withdrawal of participant criteria) มีดังนี้ 1) ไม่สามารถปฏิบัติสมาธิ SKT7 ได้หลังจากได้รับการฝึกทักษะ 3 ครั้ง 2) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดน้อยกว่าร้อยละ 80 และ 3) ผู้ป่วยมีการรับรู้ผิดปกติ สับสน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบประชากร 3 กลุ่มและมี Bonferroni adjustment ด้วยจำนวนการเปรียบเทียบทุกคู่ที่เป็นไปได้ทั้งหมด¹³ กำหนด Power of test ($1-\beta$) ที่ 80% และระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ (α) = .05 ค่าความแปรปรวนและผลต่างของการรับรู้ความปวด¹⁴ เท่ากับ 6.88 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 21 คน ผู้วิจัยได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 69 ราย โดย

แบ่งเป็น 3 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มละ 23 คน ดังนี้ กลุ่ม E1 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT กลุ่ม E2 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลร่วมกับได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวด และกลุ่ม C คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการอาการปวดตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา 2) แบบประเมินประสบการณ์อาการปวด (กลุ่ม E2) เป็นการประเมินประสบการณ์อาการปวดหลัก “PQRST” ประกอบด้วย (Precipitating/Palliative/Provocative Factors: ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือลดลง, Q-Quality/Quantity: คุณภาพความปวด, R-Region/Radiation/Related Symptoms: ขอบเขตของอาการปวด, S-Severity: ความรุนแรงของความปวด, T-Timing: ระยะเวลาที่มีความปวด) และ 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้แบบวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ระดับตัวเลข 0-10 กำกับไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) คู่มือการปฏิบัติสมาธิ SKT7 ซึ่งผู้วิจัยได้นำเทคนิคการปฏิบัติสมาธิ SKT7 มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และ 2) โปรแกรมการจัดการอาการปวด ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการจัดการอาการปวด โดยประยุกต์โมเดลการจัดการอาการ ของดอดด์และคณะร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT7

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการจัดการอาการปวด คู่มือการปฏิบัติสมาธิ SKT7 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์อาการปวด และแบบบันทึกข้อมูลการจัดการความปวด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ได้เท่ากับ .90

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้แบบวัดความปวดแบบตัวเลข ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการหาความสอดคล้องภายใน โดยการวัดความเชื่อมั่นระหว่าง

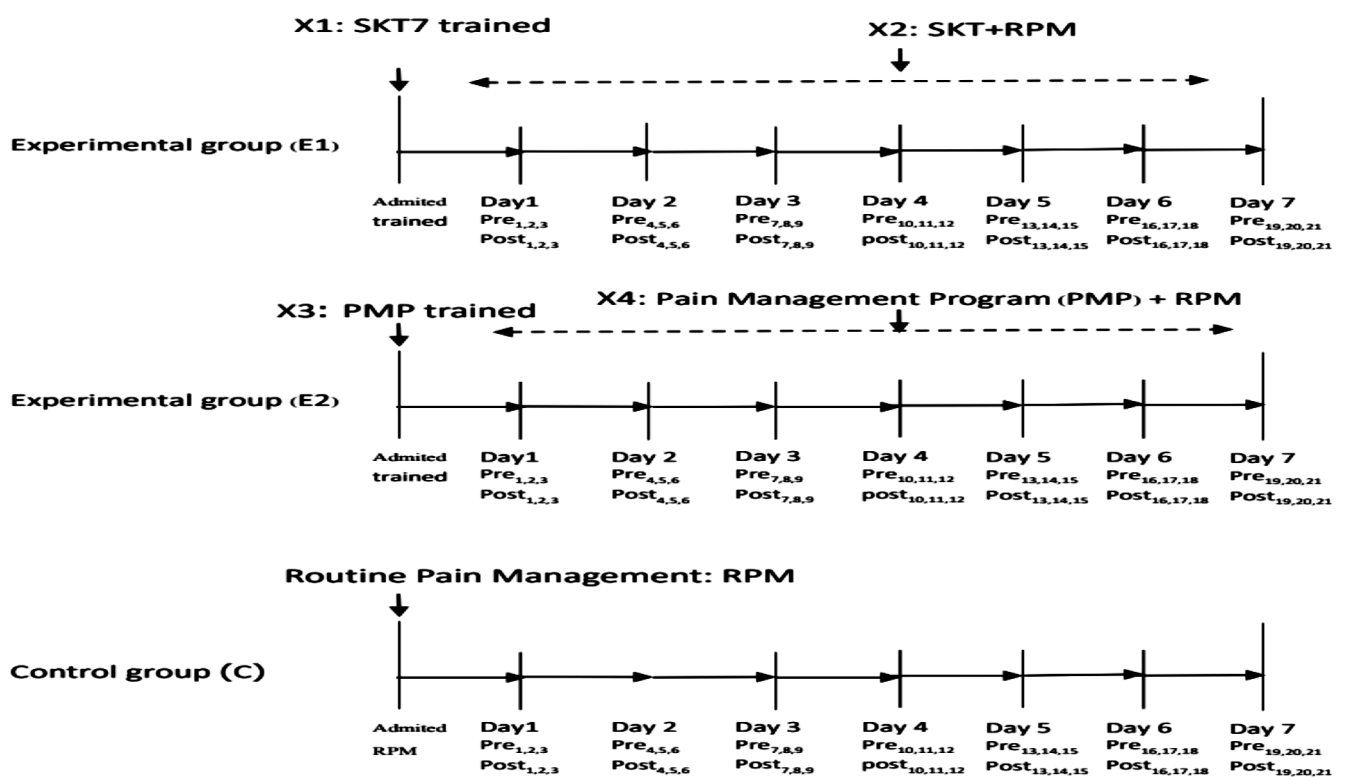
ผู้ประเมินจากการสังเกต (inter-rater reliability: IRR) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE622136 รับรอง ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2562

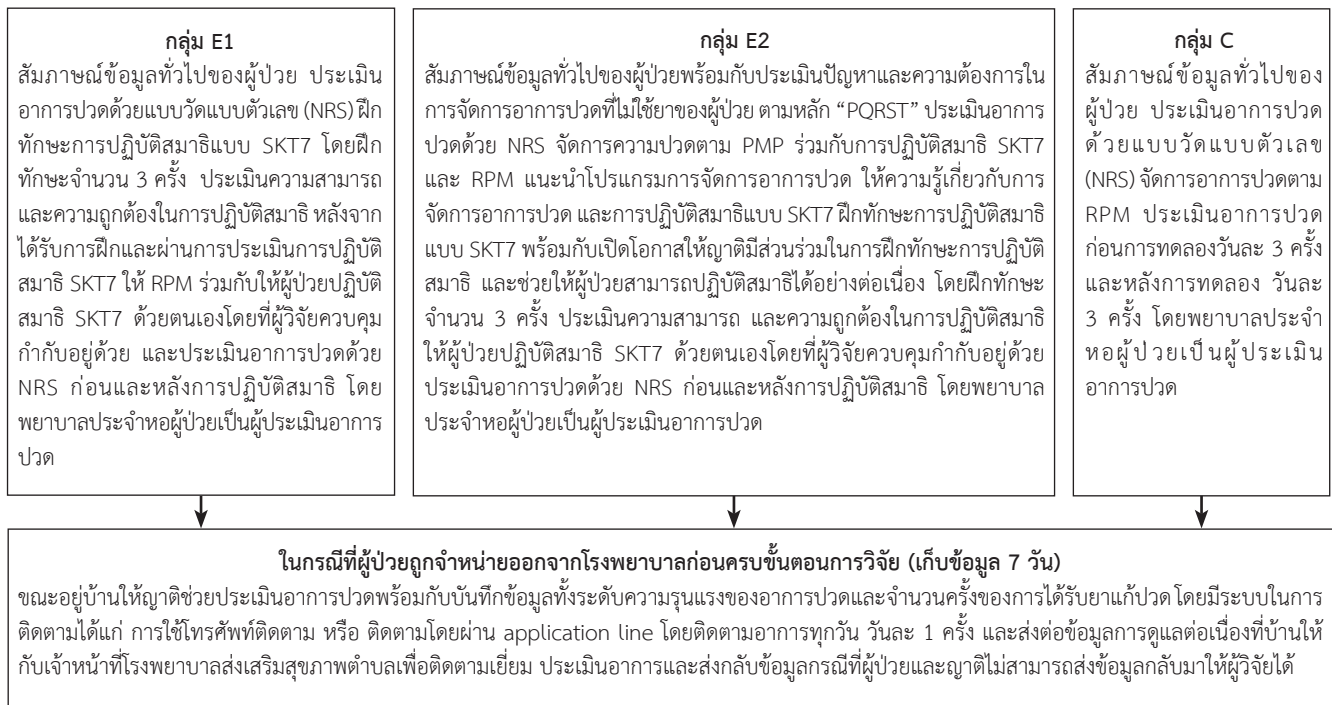
ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสากล 3 ข้อ ของ Belmont report ได้แก่ 1) เคารพในบุคคล (respect for person) โดยให้ข้อมูลที่เพียงพอและต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจ เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ 2) ให้ประโยชน์ (beneficence) คำนึงถึงสมดุลระหว่างความเสี่ยงอันตรายและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น 3) ความยุติธรรม (justice) ยุติธรรมในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ภายหลังได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เป็นผู้สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับสลากแบบไม่คืนที่ (random

assignment) ตามคุณสมบัติประชากรที่ศึกษาเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการในการเก็บข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเริ่มจากนำข้อมูลมาทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและลงรหัสบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดการใช้สถิติและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิง สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม E1, กลุ่ม E2 และกลุ่ม C โดยมีรายละเอียดดังนี้ ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม E1, กลุ่ม E2 และกลุ่ม C, เปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังดำเนินการทดลองภายในกลุ่ม E1, E2 และโดยใช้สถิติ Friedman test, Repeated measures ANOVA, การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความปวดก่อนการดำเนินการกับหลังดำเนินการระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ One way ANOVA และใช้สถิติ Kruskal-Wallis H และเปรียบเทียบจำนวนครั้ง (ครั้ง/คน) ของการได้รับยาแก้ปวดระหว่างการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพคู่ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร โดยส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะของโรคมะเร็ง กลุ่ม E1 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ III กลุ่ม E2 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ IV กลุ่ม C ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ III เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผลการวิจัยตามสมมติฐาน
สมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม E1 มีคะแนนความปวดลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าก่อนดำเนินการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่ม E2 มีคะแนนความปวดลดลงก่อนดำเนินการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมติฐานที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม E1 มีผลต่างคะแนนความปวดก่อนกับหลังดำเนินการมากกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจำนวนครั้งของการได้รับยา

แก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) กลุ่ม E2 มีผลต่างคะแนนความปวดก่อนกับหลังดำเนินการมากกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้ง กลุ่ม E1 และ E2 มีผลต่างคะแนนความปวดลดลงจากการดำเนินการทดลองวันที่ 1 - วันที่ 7

สมมติฐานที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม E2 มีผลต่างคะแนนความปวดก่อนกับหลังดำเนินการน้อยกว่ากลุ่ม E1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดมากกว่ากลุ่ม E1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยผลต่าง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความปวดก่อนการดำเนินการกับหลังดำเนินการ ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

วันที่	กลุ่มทดลองที่ 1 (n=23)				กลุ่มทดลองที่ 2 (n=23)				กลุ่มควบคุม (n=23)				ANOVA/ Kruskal- Wallis H	p-value
	$\bar{d}$	SD	Median	IQR	$\bar{d}$	SD	Median	IQR	$\bar{d}$	SD	Median	IQR		
Day1	1.67	0.69	1.67	0.67	1.59	0.72	1.67	0.67	0.71	0.57	0.67	0.33	25.071 ^K	<0.001
Day2	2.00	1.00	2.33	1.67	1.43	1.0	1.33	1.67	0.75	0.35	0.67	0.33	16.887 ^K	<0.001
Day3	1.98	0.93	2.00	1.67	1.78	0.80	1.67	0.67	0.78	0.46	0.67	0.67	26.021 ^K	<0.001
Day4	2.30	0.74	0.74	1.00	1.49	0.98	1.67	1.33	0.68	0.42	0.67	0.67	33.269 ^K	<0.001
Day5	2.13	0.63	2.00	1.00	1.55	0.84	2.0	1.67	0.67	0.51	0.67	0.67	27.424 ^A	<0.001
Day6	2.01	0.82	2.00	1.00	1.32	0.91	1.33	1.33	0.78	0.47	1.00	0.67	22.878 ^K	<0.001
Day7	1.87	0.69	2.00	1.00	1.07	0.58	1.33	0.67	0.67	0.39	0.67	0.67	31.008 ^K	<0.001
เฉลี่ย	1.99	0.50	1.81	0.57	1.46	0.55	1.48	0.81	0.72	0.21	0.67	0.29	42.796 ^K	<0.001

A= One way ANOVA

K= Kruskal-Wallis H

จากตารางที่ 1 พบว่า ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม E1 มีผลต่างคะแนนความปวดก่อนกับหลังดำเนินการทดลอง จากวันที่ 1 ถึง วันที่ 7 เท่ากับ 1.99 (Median = 1.81, IQR = 0.57) กลุ่ม E2 เท่ากับ 1.46 (Median = 1.48, IQR = 0.81)

และกลุ่ม C เท่ากับ 0.72 (Median = 0.67, IQR = 0.29) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีค่าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และการเปรียบเทียบจำนวนครั้ง (ครั้ง/คน) ของการได้รับยาแก้ปวดระหว่างการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม

วันที่	กลุ่มทดลองที่ 1				กลุ่มทดลองที่ 2				กลุ่มควบคุม				Kruskal- Wallis H	p-value
	$\bar{x}$	SD	Median	IQR	$\bar{x}$	SD	Median	IQR	$\bar{x}$	SD	Median	IQR		
Day1	3.04	0.64	3.00	0.00	3.61	0.72	4.00	1.00	3.57	0.59	4.00	1.00	9.008	0.011
Day2	2.91	0.67	3.00	1.00	3.26	0.69	3.00	1.00	3.43	0.73	4.00	1.00	6.725	0.035
Day3	2.87	0.69	3.00	1.00	3.22	0.74	3.00	1.00	3.43	0.59	3.00	1.00	7.321	0.026
Day4	2.83	0.72	3.00	1.00	3.30	0.63	3.00	1.00	3.30	0.63	3.00	1.00	6.957	0.031
Day5	2.61	0.66	3.00	1.00	3.04	0.64	3.00	0.00	3.39	0.66	3.00	1.00	13.738	0.001
Day6	2.65	0.71	3.00	1.00	3.22	0.60	3.00	1.00	3.26	0.81	3.00	1.00	9.213	0.001
Day7	2.52	0.59	2.00	1.00	2.91	0.60	3.00	0.00	2.91	0.70	3.00	1.00	14.139	0.001
รวม	19.43	3.16	18.00	7.00	22.57	3.36	24.00	4.00	23.70	3.43	25.00	6.00	19.337	<0.001
Friedman	14.401 (p-value .025)				21.983 (p-value .001)				5.423 (p-value .491)					

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้ง (ครั้ง/คน) ของการได้รับยาแก้ปวด กลุ่ม E1 มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 19.43 (SD 3.16 Median 18.00) รองลงมา คือกลุ่ม E2 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.57 (SD 3.36 Median 24.00) กลุ่ม C มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 23.70 (SD 3.43 Median 25.00) จำนวนครั้ง (ครั้ง/คน) ของการได้รับยาแก้ปวดระหว่างการทดลองของทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม E1 และ E2 มีคะแนนความปวดน้อยกว่า และจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังดำเนินการมากกว่าและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่ม C อธิบายได้ว่า การฝึกปฏิบัติสมาธิ SKT7 ช่วยให้ร่างกายหลั่ง endorphin ออกมามากขึ้นซึ่งสารนี้มีคุณสมบัติ คล้ายกับมอร์ฟินในร่างกาย⁹ ช่วยลดความปวดโดยตัดการนำกระแสความปวดในระยะ transmission modulation และ perception โดยสาร endorphin จะกระตุ้น SG cell ในระดับไขสันหลังให้หลั่งสาร enkephalin เพื่อยับยั้งการทำงานของ substance P ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปยังสมองที่มีผลทำให้ประตูปิดจึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดลดลง¹⁰ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติสมาธิ SKT7 อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ จึงสามารถลดอาการปวดในกลุ่ม E1 และ E2 ได้ และส่งผลให้การขอยาแก้ปวดมีจำนวนลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่ม C สอดคล้องกับผลการถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้สมาธิบำบัด SKT ของบุคลากรสาธารณสุข¹⁵ พบว่า การใช้สมาธิบำบัด SKT สามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการฟังเสียงสวดมนต์ประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายแบบซิงก (SKT7 มีเทคนิคการเคลื่อนไหวลักษณะคล้ายกับซิงกร่วมควบคุมการหายใจ การฝึกสมาธิ) ต่อการเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณและลดความปวด ในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง¹⁶ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังการปรับจิตวิญญาณโดยใช้เสียงสวดมนต์ประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายแบบซิงก มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นและลดความปวดลดลง แตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และผลการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมปรากฏว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ

วิญญาณมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) เช่นเดียวกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้กิจกรรมการพยาบาลบำบัดทางเลือก เพื่อบรรเทาความปวดและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป¹⁷ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลบำบัดทางเลือกสามารถบรรเทาความปวดและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งได้ ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ และงานวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า SKT7 เป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่ง ในการบำบัดทางเลือกที่มีอยู่หลากหลาย ที่สามารถนำมาลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้

สำหรับโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่นำแนวคิดการจัดการอาการ⁸ มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการประเมินประสบการณ์อาการปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองตามหลัก PQRSST นำข้อมูลการประเมินประสบการณ์การจัดการอาการปวดที่ผ่านมา โดยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทีมสุขภาพ และเป็นการรับรู้การมีอาการของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกหรือพฤติกรรมปกติ เพื่อประเมินผลการตอบสนองการจัดการอาการปวดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา กลวิธีในการจัดการอาการโดยนำมาจากข้อมูลการประเมินประสบการณ์การจัดการอาการปวดที่ผ่านมา ปรับกลยุทธ์ส่งผลให้สามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการขอยาแก้ปวดภายในกลุ่มลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่ม C แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่ม E1 แต่แตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่ม E2 ยังไม่มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนเพื่อจัดการอาการที่เหมาะสมได้ในทุกรายโดยเฉพาะช่วงที่กลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยไม่ได้มีการใช้ PQRSST ในการประเมินเพื่อจัดการอาการให้เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยอาจจะต้องทบทวนการใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งอธิบายความปวดและการตัดสินใจในการจัดการความปวด การใช้วิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา⁵ การใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีความสำคัญและควรมีการนำมาใช้ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ทางการพยาบาลแบบเข้มข้นเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (pain education program [PEP])¹⁸ ผลการทดลองพบว่า การลดอาการปวดจากการใช้

โปรแกรมจะสามารถลดได้ในระยะสั้นๆ แต่ในระยะยาวของอาการปวดไม่สามารถลดได้แต่ผู้ป่วยพึงพอใจในการจัดการโปรแกรมนี้ โดยอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดในระดับสูง ความรู้เกี่ยวกับความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความปวดที่เพิ่มขึ้นกับระดับความปวดที่ลดลง ดังนั้นโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งควรเน้นโปรแกรมการฝึกจัดการตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ลดขั้นตอนต่างๆ ให้น้อยสุด เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1) พยาบาลควรนำเทคนิคการปฏิบัติสมาธิ SKT7 และโปรแกรมการจัดการอาการปวดไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ผู้ป่วยและพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกปฏิบัติสมาธิ SKT7 ให้ได้ก่อนจึงจะทำให้เกิดผลทางการบำบัดที่พึงปรารถนา เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดอาการไม่สุขสบาย ลดอาการปวด

2) หน่วยบริการที่นำการปฏิบัติสมาธิ SKT7 และโปรแกรมการจัดการอาการปวดมาเป็นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลควรพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

2) ควรมี การศึกษาผลของเทคนิคการปฏิบัติสมาธิ SKT ในอาการหลายๆ อาการที่มักเกิดร่วมกัน เนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น หากสามารถบรรเทาอาการหนึ่งอาการใดที่เกิดร่วมกันได้ จะช่วยบรรเทาอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกันได้

3) ควรมีการศึกษาลงมือของการปฏิบัติสมาธิ SKT ต่ออาการปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทั้งที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน และปวดเรื้อรัง

4) ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการปวดเพื่อพัฒนาให้เป็นทางเลือกในการบำบัดเพื่อลดอาการปวดหรืออาการไม่สุขสบายอื่นๆ ของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อจำกัดในการศึกษา

1) การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่หลากหลายประเภท หลากหลายระยะของโรค ประสบการณ์การจัดการกับอาการปวดที่แตกต่างกันดังนั้นอาจมีผลต่อความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวด

2) การสุ่มเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ ซึ่งทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน อาจทำให้เกิดการ contaminate ของกลุ่มตัวอย่างได้ แม้ว่าจะพยายามจัดผู้ป่วยไว้คนละด้านของตึก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหรือญาติสามารถพบปะ พูดคุยกันขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้บางส่วนเคยได้รับการจัดการความปวดจากโรงพยาบาลอื่นๆ มาก่อน ทำให้กลุ่มควบคุมบางส่วนเคยมีประสบการณ์ได้รับคำแนะนำในการจัดการความปวดที่มีลักษณะคล้ายกับโปรแกรมที่กลุ่มทดลองได้รับ ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิจัยในการศึกษานี้

References

1. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals 2017, Geneva
2. Pamulila S., Paprom W., Wamaloorn C. Life Scenes of Patients with Cholangiocarcinoma: A Case Study of One Province in The Northeast of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020; 21(3), 86-97 (in Thai)
3. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkhla: Chanmuang Printing: 2011 (in Thai)
4. Chongjarearn A. Nursing Care for Pain Management in Cancer Patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2015; 23(3): 68-85 (in Thai)
5. Prasertsri N. Nursing Students' Knowledge and attitudes Regarding Pain Management. Journal of Nursing and Education 2014; 7(2): 109-18 (in Thai)

6. Mary Laudon Thomas et.al. A Randomized, Clinical Trial of Education or Motivational-Interviewing-Based Coaching Compared to Usual Care to Improve Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum* 2012; 39 (1): 39-49.
7. Rungjang S, Namjuntra R. Symptom management in patients with advanced lung cancer. *Thai journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2016; 27(2): 43-57. (in Thai)
8. Dodd, M., Janson, S., et al. Advancing the Science of Symptom Management. *Journal Of Advanced Nursing* 2001; 33 (5): 668-76.
9. Triamchaisri SK. Meditation practice for health remedies. 15thed.. Bangkok: Division of Complementary and Alternative Medicine; 2018 (in Thai)
10. Nimmaanrat S. Textbook of Pain and Pain Management in Clinical Practice. Songkla: Chanmuang Printing; 2011 (in Thai)
11. Melzack, R., & Wall, P.D. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965; 150(3699), 971-78.
12. Sriboonruang Hospital. Reported of inpatients with cancer. Hosxp database. (in Thai)
13. Jirawatkul A, et al. Statistics for Health Science Research. Bangkok: Withayapat printing; 2013 (in Thai)
14. Sanrungle M. Effect of guide imagery on pain and Frequency of medication taking in patients with invasive cervical cancer. Master's Thesis in Nursing Graduate Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
15. Chai Chana C. Take off the experience lessons of the SKT meditation therapy of personnel public health. Division of Complementary and Alternative Medicine; 2020. (in Thai)
16. Jermrod P., Chadcham S. Effects of Prayer Sound Listening along with Qigong Physical Movement on Enhancing Spiritual Well-Being and Pain Relieve of Chronic Myalgia Patients. *Research Methodology & Cognitive Science* 2013; 11 (1): 33-44. (in Thai)
17. Yongyut K. The effectiveness of alternative nursing activities to alleviate Pain and Anxiety in Cancer Patients: A Systematic Research Review. Master's Thesis in Nursing Graduate Khon Kaen University; 2009 (in Thai)
18. van der Peet et.al. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer. Support Care Cancer*. 2009;17(8): 1089-99.

ปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

Predicting Factors on Domestic Elder Abuse

ดุซงกี พิชผล* นาริรัตน์ จิตรมณตรี วิราพรณ วิโรจน์รัตน์

Dutsadee Peuchpon* Narirat Jitramontree Virapun Wirojratana

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, บางกอกน้อย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม และการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว และศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานครจำนวน 253 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ปัจจัยของสมาชิกในครอบครัวที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.3 เป็นการทำร้ายทางด้านจิตใจ ร้อยละ 63.6 การทอดทิ้งร้อยละ 59.7 การเอาประโยชน์ร้อยละ 57.7 การล่วงละเมิดสิทธิร้อยละ 54.2 และการทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 9.5 ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัว การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวได้ ร้อยละ 58.5 ($R^2 = 0.585$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะคือพยาบาลควรดูแลเป็นพิเศษครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจิตใจ มีการพึ่งพาผู้สูงอายุ มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ควรมีวิจัยพัฒนาโปรแกรม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อลดการเกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว

คำสำคัญ : ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว, ปัจจัยทำนาย, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

The objective of this study was to investigate predicting factors of domestic elder abuse: perpetrators' behaviors, elders' behaviors, social support, and domestic elder abuse, and to examine the predictive ability of these factors to domestic elder abuse. The sample was 253 elders obtained from convenience sampling and came to receive services at the Tertiary Hospital in Bangkok. Data were collected via interview using demographic questionnaires, Family Member at Risk Abuse Questionnaire, Elder's Behavior Assessment, and Social Support Appraisal. Data analyses used were descriptive statistics, Chi-square, and univariable and multivariable logistic regression. The findings showed that most elders who had been abused were female

(57.3%) including psychological abuse (63.6%), neglect (59.7%), exploitation (57.7%), violation of rights (54.2%), and physical abuse (9.5%). Factors predicting domestic elder abuse included: family members with psychological problems, being dependent on elders, elder's behaviors and social support. These factors could predict 58.5% of domestic elder abuse. ($R^2 = 0.585$, $p < .05$).

This study suggests that nurses should care for families with members having psychological problems, being dependent on elders, having low social support and elders' behaviors. Further study should be conducted to develop a program and to improve the environment to reduce domestic abuse situations.

Keywords: domestic elder abuse, factors predicting, social support

บทนำ

ประชากรวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นร่วมกับสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั่วโลก จึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณั้ไว้ว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 6 รายจะถูกกระทำรุนแรง ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายเป็นครั้งที่ 2 มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยถูกกระทำรุนแรง¹ และพบว่าหากสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุเป็นไปตามที่องค์การสหประชาชาติได้ประมาณการณั้ไว้ ในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงถึง 320 ล้านคน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบความชุกของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงทั่วโลกร้อยละ 15.71 ในประเทศไทยได้ศึกษาความชุกการทารุณกรรมผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงร้อยละ 14.6² สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกมีการรายงานปัญหาเพียง 1 ใน 24 ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ส่วนผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานและคู่สมรสของผู้สูงอายุเอง³ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงสถาบันครอบครัวและประเทศชาติ

สาเหตุของการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนเกิดจากหลายปัจจัยประกอบกัน ปัญหาด้านพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรง เช่น ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เล่นการพนัน ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีการใช้สารเสพติดร่วมกับมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ^{4,5} ปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวอีกปัจจัย คือ มีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้สูงอายุ ช่วยการดูแลผู้สูงอายุคนอื่นในครอบครัวหรือผู้เจ็บป่วย การเลี้ยงดูหลาน การเงินและที่อยู่อาศัย³ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ขาดการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุจะเอาความคิดตัวเองเป็นใหญ่

อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย เมื่อต้องเผชิญกับความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวจึงทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะยั่วยุทั้งการพูดและทำทาง ส่งเสริมการเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น⁶

ในประเทศไทยได้มีการศึกษารูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาแนะนำ ด้านสิ่งของและเงิน ด้านข้อมูลข่าวสาร³ แต่ยังไม่มีการศึกษาหาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษาของต่างประเทศพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ⁷ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ลักษณะพฤติกรรมของผู้กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยงและแนวทางการจัดการความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม กับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร

2. ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม และการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

2. เพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม กับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรง ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระดับชาติวิทยา^๑ อธิบายเกี่ยวกับการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ เกิดจากอิทธิพลขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ host agent และ environment โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน หากองค์ประกอบขาดความสมดุล อาจทำให้เกิดปัญหาได้ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่ซับซ้อนแต่ละองค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องส่งผลซึ่งกันและกัน องค์ประกอบที่ใช้ในการศึกษา คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล (agent) ซึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรง ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหาด้านจิตใจมีความเจ็บป่วยทางจิต ขาดการยับยั้งชั่งใจ ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ส่งผลให้เกิดโอกาสทำร้ายผู้สูงอายุได้ง่าย การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (host) และแรงสนับสนุนทางสังคม (environment) ที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุก็มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงได้โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้เข้าใจปัญหาและวางแผนแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation predictive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ามาใช้บริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม คลินิกศัลยกรรม คลินิกโรคไต คลินิกหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติ Proportion: Inequality, two independent groups (Unconditional) แทนขนาดของ effect size ด้วยค่า Odds ratio จากงานวิจัยเทียบเคียงมีความชุกร้อยละ 14.6² เลือกตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัญหาด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว Odds ratio = 3.77, Proportion p2 = 0.08064, กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า alpha = 0.05, อำนาจการทำนาย power = 0.80, อัตราส่วนของการจัดสรรขนาดกลุ่มตัวอย่าง allocation ratio N2/N1 = 5.66 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) กำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถใช้ภาษาไทยสื่อสารได้ ไม่มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออยู่ในขั้นตอนเข้ารับการรักษา มีสัญญาณชีพคงที่ และผ่านการทดสอบความรู้ความเข้าใจฉบับภาษาไทย (GPCOG) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน = 9)

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีอาการทางจิตหรือโรคประสาท โรคร่วมที่เกิดเฉียบพลัน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มีอาการปวดรุนแรง คะแนน 7-10 สมาชิกในครอบครัวที่มาด้วยกันไม่ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าไปสัมภาษณ์เพียงคนเดียว

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบประเมิน (GPCOG) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย^๑ ใช้เฉพาะตอนที่ 1 มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 13 ข้อ

ประกอบด้วย เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ปีที่ผ่านมา สมาชิกทั้งหมดในบ้าน ธรรมเนียมของบ้านที่อาศัย หน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมของผู้กระทำรุนแรง ใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยของสมาชิกในครอบครัวที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุ¹⁰ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.76 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ปัญหาพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาพฤติกรรมระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

2.2 ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจิตใจระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

2.3 การพึ่งพาของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพาผู้สูงอายุระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมของผู้ถูกกระทำรุนแรง ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0.88 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.83 มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะถูกกระทำรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคเมอเร็ง¹¹ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 มีข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ คะแนนน้อย หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีความเสี่ยง

มากที่จะเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

ส่วนที่ 5 การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ใช้แบบสัมภาษณ์การถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว The Elder Abuse Scale (EAS)¹² ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.70 มีข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน คะแนน 41-120 หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ดัดแปลงบางส่วนให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.886, 0.885, 0.935 และ 0.943 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่โครงการ IRB-NS2018/33.2304 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2561 คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 094/61 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2561

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเพียงคนเดียวเข้าไปในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวที่เตรียมไว้ จัดหาเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินและข้อมูลหน่วยงานที่คุ้มครองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยทำนายการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวโดยใช้สถิติ logistic regression แบบวิเคราะห์ทีละปัจจัย (Univariable analysis) วิเคราะห์พร้อมกันหลายปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ โลจิสติกส์ (Multiple Logistic regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ 253 ราย จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกระทำรุนแรงและไม่เคยถูกระทำรุนแรง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกระทำรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี และมีสถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.4 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพร้อยละ 53.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 8,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 15.4 อีกทั้งยังมีโรคประจำตัวร้อยละ 73.1 ภาวะสุขภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อยร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.1

ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรงพบว่าเล่นการพนัน ร้อยละ 44.3 รองลงมาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนมีอาการเมาร้อยละ 41.1 และเคยพูดจาด้วยถ้อยคำรุนแรงเวลาโกรธร้อยละ 30.4 ส่วนปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัวพบว่าเคยแสดงสีหน้าวิตกกังวลหรือกลัว ร้อยละ 56.5 รองลงมาบ่นแข็ง เปื้อนหน้าชีวิต และไม่โหยงเท่ากันร้อยละ 36.8 การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวพบว่าเคยมีพฤติกรรมพึ่งพาผู้สูงอายุด้านเงินร้อยละ 59.3 รองลงมาให้ทำงานบ้านให้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยให้พักอาศัยในบ้านที่เป็นของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุช่วยเหลืองานร้อยละ 55.7, 51, 47.8 และ 34.8 ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงพบว่าผู้สูงอายุมักจะนั่งเงียบหรือหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับสมาชิกในครอบครัวจริงมาร้อยละ 25.7 และมักจะบ่นหรือตำหนิติเตียนด้วยกับสมาชิกในครอบครัวจริงมาร้อยละ 24.9 แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุไม่เคยได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 35.6 รองลงมาไม่เคยได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงร้อยละ 30.8 และไม่เคยได้รับข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงร้อยละ 15.4 และการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่าเคยมีเหตุการณ์ถูกระทำรุนแรงร้อยละ 84.2 ด้านจิตใจสูงสุดร้อยละ 63.6 รองลงมาเป็นด้านการทอดทิ้งร้อยละ 59.7 การเอาประโยชน์จากผู้สูงอายुर้อยละ 57.7 การล่วงละเมิดสิทธิร้อยละ 54.2 และการกระทำรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 9.5

ผลการศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบวิเคราะห์ทีละปัจจัย (Univariable analysis) พบว่าปัจจัยที่มีสามารถร่วมทำนาย

การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ได้แก่ ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัว การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัญหาพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถนำมาวิเคราะห์อำนาจทำนายร่วมได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกระทำรุนแรงสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับระดับปานกลางและระดับสูงร้อยละ 0.0 เป็นภาวะศูนย์เซลล์ ไม่สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยถูกระทำรุนแรง เมื่อนำหลายปัจจัยมาวิเคราะห์พร้อมกันแบบ Multivariable analysis พบว่าการพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลางหรือระดับสูงมีโอกาสที่กลุ่มผู้สูงอายุจะถูกกระทำรุนแรง 8.04 เท่า (95%CI: 2.77-23.31, $p < .001$) และลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับปานกลางหรือระดับสูงมีโอกาสที่จะถูกระทำรุนแรง 4.78 (95% CI: 1.54-14.82, $p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือระดับปานกลางมีโอกาสที่จะถูกระทำรุนแรง 4.04 (95%CI: 1.58-10.35, $p < .01$) นอกจากนี้ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลางหรือระดับสูงมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถูกกระทำรุนแรง 15.97 เท่า (95% CI: 1.88-135.52, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวผลการศึกษาพบ ร้อยละ 84.2 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 46.413 และในจังหวัดนครราชสีมาพบร้อยละ 40.84 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วยสอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ของ WHO นอกจากนี้อาจเนื่องจากเครื่องมือที่นำมาประเมินการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว¹³ วัดการรับรู้ของผู้สูงอายุ เช่น ด้านการเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ เช่น ยืมเงินแล้วไม่ได้คืน ผู้สูงอายุบางรายมีกำลังทรัพย์และยินดีให้ก็ถือว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง¹⁴

ปัญหาพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผลการศึกษาพบว่ามีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 11.8 หมายความว่าสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาพฤติกรรมระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะถูกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ($p < .001$) พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาพฤติกรรมเล่นการพนัน

เล่นห่วย ร้อยละ 44.3 ใกล้เคียงกับดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จนมีอาการเมึนเมา ร้อยละ 41.1 อธิบายได้จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมที่มีการแข่งขันการที่บุตรหลานหรือคนในครอบครัว ต้องทำงานหนักหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายภายใน ครอบครัวทำให้ต้องพึ่งพาการเลี้ยงชีพจากการพนันหรือ เล่นหวย² นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงจะมีโอกาสทำร้าย ผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น⁴ และพบว่าใช้สารเสพติดร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่เป็นประเภทยาบ้า และถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ถึงร้อยละ 60⁵

ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนในระดับสูงร้อยละ 22.5 หมายความว่า สมาชิกในครอบครัวมี ปัญหาจิตใจระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำรุนแรงต่อ ผู้สูงอายุในครอบครัว ($p<.001$) เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในสภาพพึ่งพาสูงเป็นผลให้ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด เบื่อหน่ายจนนำไปสู่ การกระทำรุนแรง^{4,5} นอกจากนี้บุคลิกภาพและลักษณะที่ผิดปกติ ความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ไม่เชื่อมั่นในตนเองทำให้ขาด การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรม การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้

การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวมีคะแนน ในระดับสูงร้อยละ 34.7 หมายความว่า สมาชิกในครอบครัวมี การพึ่งพาผู้สูงอายุระดับสูงมีความเสี่ยงมากที่จะกระทำรุนแรง ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ($p<.001$) อธิบายได้ว่าสมาชิกใน ครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจจะมารบกวนผู้สูงอายุ ขอความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านทรัพย์สินให้ช่วยทำงานบ้าน เกือบตลอดเวลาทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างลำบาก² บทบาทผู้สูงอายุในครอบครัวที่ทำเป็นหลักคือ ผู้สูงอายุคนอื่น ในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยพบ ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือ การดูแลบุตรหลานร้อยละ 67.1 และมีร้อยละ 43.0 ที่ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการหารายได้ สำหรับครอบครัว³

ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 24 หมายความว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะพฤติกรรมด้านลบระดับสูงมี ความเสี่ยงมากที่จะถูกกระทำรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัว ($p<.001$) พบว่าผู้สูงอายุยอมรับว่ามักจะนั่งเฉยหรือหลีกเลี่ยง การโต้เถียงกับสมาชิกในครอบครัวจริงมาร้อยละ 25.7 และ มักจะบ่นหรือด่าเมื่อไม่เห็นด้วย ผู้สูงอายุมักเอาแต่ใจตนเอง

ต้องการให้ผู้หลานดูแลตลอดเวลา ไม่เข้าใจหลานว่าจำเป็น ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ด้านลบเกิดบ่อยครั้งจนพัฒนามาเป็นบุคลิกภาพจึงเป็นส่วน สำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรงทั้งด้านร่างกายและอารมณ์จิตใจ⁶

แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความแน่นในระดับต่ำ ร้อยละ 17.3 หมายความว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิด ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุไม่เคยได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 35.6 ด้านอารมณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวเล็กน้อยร้อยละ 28.1 ด้านการประเมินตนเองพบว่า ได้รับคำชมว่าเป็นคนใจเย็นและ มีอารมณ์มั่นคงเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 40.7 ด้านข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติตัว เมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงร้อยละ 35.6 และ 30.8 ตามลำดับ ด้านทรัพยากรพบว่าส่วนใหญ่มีคนอยู่เป็นเพื่อนและช่วยเหลือ เมื่อเกิดความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 35.6 อธิบายได้ ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ของบุคคลทำให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์ ขาดเชื่อมั่นที่จะ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้³ การได้รับการยอมรับเป็นที่รักมีคนคอย ให้คำแนะนำและช่วยเหลือ มีกลุ่มเพื่อนเยี่ยมเพื่อน การบริการ ทางสังคมเมื่อเจ็บป่วย/ถูกกระทำรุนแรงจะช่วยให้ผู้สูงอายุ เผชิญหน้าหรือแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น⁷

การศึกษาครั้งนี้พบความรุนแรงด้านการทอดทิ้ง ร้อยละ 59.7 จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สมาชิกต้องทำงานถึง 2 แห่งใน 1 วันทำให้ไม่มีเวลามาดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุที่ถูกทอด ทิ้งอาจเกิดจากความจำเป็นของสมาชิกในครอบครัวต้องไป ทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ¹⁵ ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในโปรตุเกส พบร้อยละ 0.4¹⁶ อธิบายได้ว่าวัฒนธรรมตะวันตกเมื่อผู้สูงอายุ สูญวัยมากขึ้นส่วนใหญ่บุตรจะส่งไปให้สถานพยาบาลเป็นผู้ดูแล ทั้งหมดก็ยังมีสถานพยาบาล (Nursing home) รองรับให้ บริการแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันออกที่ได้รับการสั่งสอน ต้องดูแลบิดามารดาเพื่อแสดงถึงความกตัญญู จึงเกิดความชุก ด้านการทอดทิ้งน้อยกว่า¹⁷

การเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุพบร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่ผู้กระทำคือบุตร หลาน และญาติให้ช่วยรับผิดชอบ

ค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 53.4 เนื่องจากครอบครัวของบุตรมีปัญหาด้านการเงินต้องพึ่งพาผู้สูงอายุ วัฒนธรรมไทยเมื่อบุตรมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมักจะกลับมาพึ่งพาพ่อแม่เป็นอันดับแรก³ ด้านการล่วงละเมิดสิทธิพบร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่คือ ผู้สูงอายุรู้สึกถูกละเมิดสิทธิในครอบครัวไม่ให้โอกาสตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเองร้อยละ 43.5 ไม่เคารพความเป็นส่วนตัวร้อยละ 61.4 อธิบายได้ว่าอาจเกิดจากบุตรหลานมีความรู้ด้านสุขภาพจึงจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกจำกัดกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเคยทำเนื่องจากเกรงว่าจะได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งผู้สูงอายุเข้าใจดีว่าเป็นความประสงค์ดีแต่ทำให้รู้สึกอึดอัดเหมือนถูกกลั่นแกล้งสิทธิเสรีภาพ¹⁸

การทำร้ายทางด้านร่างกายพบร้อยละ 9.5 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่ามีการจับต้องหรือลูบไล้ร่างกายโดยที่ไม่ได้รับอนุญาตร้อยละ 4 จากการสัมภาษณ์ผลการศึกษาค้นคว้าผู้สูงอายุให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าบางครั้งผู้กระทำจะใช้กำลังทำร้ายร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์โดยผู้กระทำเป็นสามีซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้ขอความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะระบายนปัญหาเกี่ยวกับการถูกทำร้ายทางเพศน้อยเนื่องจากรู้สึกอายกลัวว่าจะถูกกระทำซ้ำและไม่มีความกล้าพอที่จะแยกตัวออกไปเพราะที่ผ่านมามต้องพึ่งพาผู้กระทำทั้งในเรื่องของที่อยู่อาศัยและการเงิน¹⁹

การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมทำนุบำรุงการเกิดความรู้แรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพาผู้สูงอายุแล้วผู้สูงอายุคิดว่าสามารถพูดหรือทำอะไรก็ได้ จึงใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านลบเกิดบ่อยครั้งจนพัฒนามาเป็นบุคลิกภาพ²⁰ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้แรงทั้งด้านร่างกายและอารมณ์จิตใจ การศึกษาค้นคว้าพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาจิตใจสามารถร่วมทำนุบำรุงการเกิดความรู้แรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ พบว่าส่วนใหญ่แสดงสีหน้าวิตกกังวลหรือกลุ่มใจร้อยละ 56.5 และมีปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 6.7 จากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานและไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวจึงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ทำให้เกิดการกระทำรุนแรง อีกทั้งการใช้แอลกอฮอล์ สารเสพติด เช่น ยาสูบ กัญชา ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ความเครียด มีพฤติกรรมใช้ความรู้แรงต่อผู้อื่น²¹

ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงสามารถร่วมทำนุบำรุงการเกิดความรู้แรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ พบว่ามีลักษณะพฤติกรรมบ่งชี้ว่าค่าทุกครั้งเมื่อไม่เห็นด้วยกับสมาชิก ผู้สูงอายุที่ขาดการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุจะเอาความคิดตัวเองเป็นใหญ่ อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการปรับตัวของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความขัดแย้งทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมออกมา³ สนับสนุนกรอบแนวคิดทางระบาดวิทยาการเกิดความรู้แรงอาจมีปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกันทั้งพฤติกรรมด้านลบของผู้สูงอายุเองหรือปัญหาพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว⁸

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนุบำรุงการเกิดความรู้แรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ อธิบายได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นมุมมองแนวคิดและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งการที่บุคคลมีการยอมรับนับถือตนเองสูง จะมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีเกียรติ สามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิตและสามารถปรับตัวได้ในสังคม²² ด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้แรงผู้สูงอายุต้องการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความรู้แรง²³ นอกจากนี้ WHO ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย 52 เรื่องใน 28 ประเทศพบว่าการเรียนการสอนเกี่ยวกับช่องว่างระหว่างวัยช่วยลดความขัดแย้งด้านลบต่อผู้สูงอายุ การให้ความรู้ต่อสาธารณชนเพื่อให้ตระหนักต่อปัญหาความรู้แรงที่เกิดขึ้นเป็นอีกแนวทางในการป้องกันการเกิดความรู้แรงต่อผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าความรู้แรงต่อผู้สูงอายุที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ความรู้แรงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้มาจากปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวเนื่องกัน จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนุบำรุงการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว คือ ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำรุนแรงได้แก่ ปัญหาจิตใจของสมาชิกในครอบครัว การพึ่งพาผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรู้แรงเหล่านี้ก็จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ มีแนวทางป้องกัน และดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการพยาบาล ควรป้องกันการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวโดยให้การดูแลเป็นพิเศษกับครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจิตใจมีการพึ่งพาผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดการกระทำรุนแรงและมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
2. ด้านการศึกษา ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดความรุนแรงทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการปรับตัวและเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดการเกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว
2. ควรศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น (skip generation) เนื่องจากในสังคมปัจจุบันมีลักษณะครอบครัวเช่นนี้เพิ่มมากขึ้นเพื่อประเมินปัญหาและวางแผนดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เหมาะสม

References

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber K. Elder abuse prevalence in community setting: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):147-56.
2. Chompunud ML.S, Charoenyooth C, Palmer MH, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T, Jitapunkul S. Prevalence, associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2010;14(4):283-96.
3. Pradabmuk-Sherer P, Wongyai N, Charoensukploypol B. Social Protection Network: Social Immunity for the Elderly (Research Report). Bangkok: Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University; 2014 Oct. (in Thai)
4. Wathasit W, Siri S, Narksawat K, Sujirarat D, Jirapongsuwan A. Prevalence of Family Violence against Female Elderly and Characteristic of Perpetrator in Nakhon Ratchasima Province. In: The 34th National Postgraduate Research Conference Presentation Project. 2558;1-9. (in Thai)
5. Labrum T, Solomon PL. Elder Mistreatment Perpetrators with Substance Abuse and/or Mental Health Conditions: Results from the National Elder Mistreatment Study. *Psychiatry Journal*. 2018;89:117-28.
6. Chaokoh T, Chumchon W. Abandoning the Elderly in Samut Songkhram Province (dissertation). Bangkok: Chombueng Rajabhat University; 2013. (in Thai)
7. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The south Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence* 2011;26:2947-72.
8. John EG. Epidemiology in modern perspective. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1954;47(7):564-70.
9. Griffiths J, Putnoi S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): validity and reliability. Paper presented at the Rewinding the Aging Clock, Hong Kong; 2013. (in Thai)
10. Chompunud Somjinda. Diagnostic criteria and associated with Thai elder abuse by family members (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)
11. Mangkiatsakul Aree. Social support and adaptation in adolescents with cancer (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2000. (in Thai)

12. Chintanawat, Rojanee. Prevalence and risk factors for abuse among Thai older adults in Chiang Mai (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai)
13. Jintanawat R, Sukhamwang K, Panuthai S. Prevalence and Risk Factors of Assault in Elderly Thai Women. *Journal of the Nursing Council* 2006;21(3):31-46. (in Thai)
14. Ferguson D, Beck C. H.A.L.F.: A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing* 1983;4(5):301-4.
15. Yadav UN, Paudel G. Prevalence and associated factors of elder mistreatment: a cross sectional study from urban Nepal. *Age and Ageing* 2016;45:609-14.
16. Gil APM, Kislalya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2015;27(3):174-95.
17. Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015;63:1214-38.
18. Ribot VC, Rousseaux E, García TC, Arteaga E, Ramos ME, Alfonso M. Psychological the most common elder abuse in a Havana neighborhood. *MEDICC Review* 2015;17(2): 39-43.
19. Bows Hannah. Sexual Violence Against Older People:A Review of the Empirical Literature *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE* 2018;19(5): 567-83.
20. Ketpichayawatana J Wiwatvanich S. Elderly Mistreatment among Thai Elderly:The Review State of Science and Current Situation. (Research Report). Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
21. Harford TC, Chen CM, Kerridg, BT, Grant BF. Self-and other-directed forms of violence and their relationship with lifetime DSM-5 psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions-III (NESARC-III). *Psychiatry Research* 2018;262:384-92.
22. Sinchaiwanichakul C, Kespichayawattana J, Factors Related to Healthy Aging Among The Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(special issue): 100-8. (in Thai)
23. O'Connor D, Kelson E. Boomer Matters: Responding to Emotional Health Needs in an Aging Society. *Journal of Gerontological Social Work*. 2018; 61(1):61-77.

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Situation of Knowledge Management in Nursing Colleges under Praboromarajchanok Institute in the Northeastern of Thailand

อภิรดี เจริญบุญกุล*¹ มาลี ไชยเสนา² จุฑามาส ชมผา²

Apiradee Charoennukul*¹ Mali Chaisena² Chuthamas Chompha²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรพพิธิประสงศ์ อุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

¹Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Ubon Ratchathani,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Thailand, 34000

²มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

²Ubon Ratchathani Rajaphat University, Ubon Ratchathani, Thailand, 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง จำนวน 254 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ รองผู้อำนวยการ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการความรู้ขององค์กร แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ 0.80-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า สภาพการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. 0.64) และค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ($\bar{X} = 4.37$, S.D. 0.64) ด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.36$, S.D. 0.63) ด้านการเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.34$, S.D. 0.63) ด้านบุคลากร ($\bar{X} = 4.33$, S.D. 0.66) ด้านองค์กร ($\bar{X} = 4.32$, S.D. 0.64) และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.18$, S.D. 0.63) ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมองในแต่ละด้าน ในมิติที่เป็นจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาเพื่อนำมาใช้ในการนำเอาไป ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้สู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป

คำสำคัญ : สถานการณ์, การจัดการความรู้, วิทยาลัยพยาบาล

Abstract

This mixed methods research aims to study the knowledge management situation in nursing colleges under Praboromarajchanok Institute (PBRI) in the Northeastern of Thailand. The research consists of a sample group: 254 nursing instructors and support personnel in 6 nursing colleges. The key informant is the deputy director, nursing instructors, and support staff. The research tool includes an organization's knowledge

Corresponding Author: Email: apiradee@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 20 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ธ.ค. 2565

management questionnaire, group discussion questions, and in-depth interviews, reviewed for content validity by five experts. The index of item-objective congruence ranged from 0.80 to 1.00. The Cronbach's alpha coefficient was .85. Quantitative was analyzed by descriptive analysis and qualitative data was processed by content analysis.

The results indicated that the situation of knowledge management in nursing colleges under PBRI in the Northeastern of Thailand showed an overall performance average score was high level ($\bar{X} = 4.31$, S.D. 0.64). Considering each of the six aspects, they all had a high performance average score. The highest aspect is the administrator ($\bar{X} = 4.37$, S.D. 0.64), followed by communication ($\bar{X} = 4.36$, S.D. 0.63), learning ($\bar{X} = 4.34$, S.D. 0.63), personnel ($\bar{X} = 4.33$, S.D. 0.66), organization ($\bar{X} = 4.32$, S.D. 0.64) and information technology ($\bar{X} = 4.18$, S.D. 0.63) respectively. The key informant had views on knowledge management in each aspect regarding strengths and points that should be developed for applying in organization.

The results of this research will serve as the basic information for further development of the institute's knowledge management model to become a learning organization.

Keywords: Situation, knowledge management, nursing colleges

บทนำ

โลกปัจจุบันเป็นโลกแห่งสังคมฐานความรู้ (Knowledge-based Society) ความเจริญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศส่งผลให้ทุกองค์กรมีการขับเคลื่อน ปรับรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ มีลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ซึ่งหมายถึงองค์กรที่ยกระดับคุณภาพด้วยการจัดการความรู้ บุคลากรใช้ความรู้เป็นฐานในการทำงานสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุค “Thailand 4.0” ซึ่งการขับเคลื่อนพัฒนาประเทศมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม เพื่อนำไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน¹ ดังนั้นความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรให้สามารถปรับตัว เพิ่มศักยภาพในการสร้างผลงานตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ รวมทั้งมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุดได้นั้น^{2,3} จึงต้องเป็นลักษณะ Knowledge 4.0 ซึ่งเป็นความรู้ที่คนในองค์กรพร้อมนำมาใช้เป็นฐานในการคิด วิเคราะห์ ออกแบบ ตัดสินใจ นำสู่วิธีการปฏิบัติงานที่ดี^{3,4} และต้องสามารถบูรณาการการจัดการความรู้ให้เกิดขึ้นในทุกมิติ ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม องค์กร และสังคม³

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล เอกสารต่างๆ ในองค์กร และแหล่งความรู้ต่างๆ แล้วนำมาแลกเปลี่ยน แบ่งปัน สรุป ประมวลและจัดเก็บให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคน

ในองค์กรสามารถเข้าถึงและพร้อมนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ และเผยแพร่ การจัดการความรู้ จึงเป็นการเรียนรู้แบบซอกอยู่กับงานสามารถผสมผสานและกลมกลืนไปกับการใช้ชีวิต⁵ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การจัดการความรู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้^{4,6,7,8,9} ในส่วนภาครัฐของประเทศไทย ได้มีการกำหนดการจัดการองค์ความรู้ ไว้ในมาตราที่ 11 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่กำหนดให้ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ของส่วนราชการเองเพื่อให้มีลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความสามารถตามภารกิจ สร้างวิสัยทัศน์ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการในสังกัดให้เป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ¹⁰ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานภาครัฐควรต้องดำเนินการจัดการความรู้ เพื่อเป็นกลไกการพัฒนาคุณภาพองค์กรแบบยั่งยืน สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2680) ในยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งมุ่งเน้นให้หน่วยงานปรับวัฒนธรรมการทำงานที่ใช้ความรู้เป็นฐาน นำเทคโนโลยีมาใช้อย่างคุ้มค่า เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์และผลประโยชน์ส่วนรวม¹¹

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาภาครัฐ ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ทั่วประเทศ

จำนวน 30 แห่ง แต่ละแห่งได้นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในพันธกิจต่างๆของสถาบันอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษา นำร่องของคณะกรรมการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹² เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานจัดการความรู้ พบว่า บุคลากร ร้อยละ 25 ในองค์กรที่ยังมีมุมมองว่าการจัดการความรู้ว่าเป็นภาระงานเพิ่มเติมจากการทำงานประจำ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการนำความรู้ที่ฝังลึก (Tacit knowledge) และประสบการณ์การเรียนรู้ในตัวบุคคลออกมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบกับข้อเสนองานจากการคณะกรรมการตรวจประเมินการประกันคุณภาพของสถาบัน เกี่ยวกับผลการดำเนินงานในภาพรวมในปีการศึกษา 2564¹² พบว่าในแต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามประเด็นที่กำหนดเป็นระยะตามวงรอบ แต่การสรุปสาระและการนำชุดองค์ความรู้ที่เป็นผลลัพธ์การจัดการความรู้จากแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ มาใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนรู้อย่างขาดความต่อเนื่อง การจัดเก็บความรู้ยังไม่เป็นระบบ และยังไม่ได้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการจัดการความรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรในสถาบันบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงและนำชุดความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง ยังแสดงออกถึงพฤติกรรมการค้นคว้าการเรียนรู้ไม่มากเท่าที่ควร จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัจจุบันบางส่วนของการจัดการความรู้ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดและอุปสรรคสำคัญที่จะพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ในอนาคตได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารและดำเนินการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยสภาพการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ที่นำเสนอการวิจัยระยะแรก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ของสถาบันสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำถามการวิจัย

สภาพปัจจุบันของการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาพรวมและรายด้านแต่ละด้านอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้และองค์การแห่งการเรียนรู้^{3,13,14,15} โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาสภาพการจัดการความรู้โดยสังเคราะห์องค์ประกอบแบ่งได้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านบุคลากร ด้านการสื่อสาร ด้านการเรียนรู้ และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ทำการวิจัยระยะเดียวที่เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพร้อมกันทั้งสองวิธี การวิจัยอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ทางสถิติและการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำผลการวิจัยทั้งสองวิธีมารวมเข้าด้วยกัน โดยรวมเนื้อหาที่เหมือนกันและเปรียบเทียบเนื้อหาที่แตกต่างกัน จากนั้นจึงวิเคราะห์ผลเพื่อนำมาสรุปและตีความเพื่อให้เกิดความเข้าใจสมบูรณ์ยิ่งขึ้น¹⁶

ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีประสบการณ์ร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ของสถาบันในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา 6 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรวิทยารักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป¹⁷ ได้ 231 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 จึงได้ขนาดตัวอย่าง 254 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามผ่าน google form จำนวน 254 ชุด ข้อมูลที่ได้รับกลับคืนและมีความสมบูรณ์ 254 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อาจารย์ กลุ่มที่ 2 บุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง กลุ่มละ 6 คนรวม 12 คน ใช้เวลา กลุ่มละ 45-60 นาที โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด คือมีประสบการณ์ร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา และสัมภาษณ์เชิงลึกในรูปแบบออนไลน์ ใช้เวลาคนละ 45 นาที ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ รองผู้อำนวยการที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของสถาบันจากวิทยาลัยพยาบาล 6 แห่งๆ ละ 1 คน จำนวน 6 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่

1. แบบสอบถามสภาพการจัดการความรู้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตอนที่ 2 แบบสอบถามสภาพปัจจุบันการจัดการความรู้ขององค์กรเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 56 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ปฏิบัติมาก (3.50-4.49 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (2.50-3.49) ปฏิบัติน้อย (1.50-2.49) ปฏิบัติน้อยที่สุด (1.00-1.49)

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) สำหรับอาจารย์และบุคลากรที่ร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาล ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับสภาพการจัดการความรู้ในด้านต่างๆ ขององค์กร กระบวนการจัดการความรู้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข และแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) สำหรับรองผู้อำนวยการที่รับผิดชอบด้านการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาล เกี่ยวกับสภาพการจัดการความรู้ในด้านต่างๆ ขององค์กร นโยบายการจัดการความรู้โดยเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยต้องมีความไวต่อทฤษฎี (Theoretical Sensitivity) โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคนิคการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีประสบการณ์การนำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพมาก่อน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) เมื่อคำนวณหาสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องพบว่า ข้อคำถามในชุดแบบสอบถามมีค่า IOC 0.80-1.00 ซึ่งแสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหา¹⁸ และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วัดความเบี่ยงเบนคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยทดลองใช้กับกลุ่มอาจารย์และบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) .85 ส่วนแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คนและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ 3 คน โดยให้ทดลองอ่านและสอบถามความเข้าใจคำถาม จากนั้นแก้ไขปรับข้อคำถามเพื่อให้สามารถตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาถอดเทปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาจัดกลุ่ม (Category)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ เลขที่ 32/2564 รับรองวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 ถึง 29 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความอ่อนไหวและจริยธรรม จึงดำเนินการตามกระบวนการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้นำหนังสือประสานงานขอความอนุเคราะห์กับข้อมูลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะลงนามเซ็นยินยอมในใบให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยกำหนดรหัสแทนชื่อ สกุลจริง และเทพบันทึก

เสี่ยงจะลบเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 254 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.60 อายุส่วนใหญ่ 45-54 ปี ร้อยละ 29.92 วุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาโท ร้อยละ 42.91 สาขาที่สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่เป็นสาขาการพยาบาล ร้อยละ 43.31 ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน เป็นผู้อำนวยการ ร้อยละ 1.57

รองผู้อำนวยการ ร้อยละ 5.51 หัวหน้างาน/หัวหน้าสาขา ร้อยละ 18.90 เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 73.62 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาล 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.37

ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากตารางที่ 1 พบว่า สภาพการจัดการความรู้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยสภาพการจัดการความรู้รายด้านและโดยรวม วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (N = 254)

สภาพการจัดการความรู้	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
รายด้าน			
1. ด้านผู้บริหาร	4.37	0.64	ระดับมาก
2. ด้านการสื่อสาร	4.36	0.63	ระดับมาก
3. ด้านการเรียนรู้	4.34	0.63	ระดับมาก
4. ด้านบุคลากร	4.33	0.66	ระดับมาก
5. ด้านองค์กร	4.32	0.64	ระดับมาก
6. ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.18	0.63	ระดับมาก
โดยรวม	4.31	0.64	ระดับมาก

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านผู้บริหาร รองลงมา ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการเรียนรู้ ด้านบุคลากร ด้านองค์กร และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ

เมื่อนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของการจัดการความรู้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมองในมิติที่เป็นทั้งจุดแข็ง และจุดที่ควรพัฒนาในการจัดการความรู้ในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านผู้บริหาร มุมมองในมิติที่เป็นจุดแข็ง คือ การมีวิสัยทัศน์ มีนโยบายการจัดการความรู้ที่ชัดเจน การสนับสนุนส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการจัดการความรู้ ได้แก่ คณะกรรมการจัดการความรู้งบประมาณดำเนินการ วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศที่จำเป็น และการเสริมแรงจูงใจในการดำเนินการจัดการความรู้

ต่อเนื่อง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนประชุมทำแผน ท่านผอ.แสดงวิสัยทัศน์พร้อมให้นโยบายที่ชัดเจน เน้นย้ำให้เห็นว่า วิทยาลัยฯ เป็นของพวกเราทุกคน เราได้ทบทวนวิสัยทัศน์ เชื่อมโยงประเด็นที่จะมาทำ KM ทีมงานแต่ละชุดตั้งใจเต็มที่ในการเตรียมความพร้อมนำนโยบายสู่การปฏิบัติต่อไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ที่วิทยาลัยฯ มีการมอบเกียรติบัตร งานต้นแบบ คนต้นแบบ พี่มองว่า เป็นการแสดงความชื่นชม ยกย่อง ยินดี เป็นกำลังใจให้คนทำงานมุ่งมั่น พัฒนาเพื่อปรับปรุงและเรียนรู้ต่อไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

ส่วนมุมมองในมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ ผู้บริหารควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อการจัดการความรู้ตามความสนใจและความจำเป็นขององค์กร ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้ทีมท่านผู้บริหาร สนับสนุนให้เราไปประชุมดูงาน มากขึ้นหรือสลับเปลี่ยนกันไป เพื่อนำความรู้มาแลกเปลี่ยนกัน อาจช่วยพัฒนาในงานเราได้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

2. ด้านบุคลากร มุมมองในมิติที่เป็นจุดแข็ง คือ บุคลากรมีความกระตือรือร้นและมุ่งมั่นที่จะแสวงหาความรู้ ทำงานเป็นทีม มีความรักและมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร ดังคำพูดต่อไปนี้

“ทำงานที่นี่มา 15 ปีรักและผูกพันมาก ๆ ที่นี่เป็นเหมือนบ้านต้องช่วยกันดูแลช่วยกันพัฒนา ดังนั้น ถ้าตั้งเป้าหมาย KM ด้วยกันชัดเจนว่าจะต้องมีผลงานวิจัยมากขึ้นและนำความรู้กลับมาใช้สอนลูกศิษย์ เราก็ต้องออกแบบหาทางทำให้สำเร็จให้ได้ ช่วยกันคนละไม้ คนละมือ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

ส่วนมุมมองในมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ การพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประมวลกลั่นกรอง และจัดเก็บความรู้อย่างเป็นระบบให้กับบุคลากร ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้ทีมผู้จัด KM มาพาดูอีกครั้งว่า เอกสารที่เขียนสรุปสาระความรู้นี้ถูกต้อง ครบถ้วนมั๊ย เพื่อความมั่นใจก่อนส่งให้ผู้อื่นอ่าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“รู้สึกว่าคุณรู้ที่ทุกคน นำมาเล่าให้กันฟังนี้ดีทั้งหมดเลย เสียหายบางคนก็ติดงานไม่ได้มาฟัง อยากให้มีจุดรวบรวมเอกสาร เพื่อคนที่ไม่ได้มาจะได้ดูทีหลัง หรือมาดูซ้ำใหม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3. ด้านองค์กร มุมมองในมิติที่เป็นจุดแข็ง คือ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบตามโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดังคำพูดต่อไปนี้

“วิทยาลัยฯ มีคณะกรรมการจัดการความรู้ที่มาจากแต่ละฝ่ายมองว่าจุดนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำงานให้งาน KM ดำเนินการอย่างราบรื่น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ปลายปีงบประมาณแต่ละ CoP จะได้นำสรุปสาระการจัดการความรู้ไป show & share ตามแผน ทำให้เราได้ว่าแต่ละกลุ่มทำอะไรบ้าง ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ส่วนมุมมองในมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ การสร้างวัฒนธรรมที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในงานประจำอย่างต่อเนื่อง การบริหารเวลาและกิจกรรมในองค์กร ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการสร้างสภาพแวดล้อม บรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“วิทยาลัยฯ มีกิจกรรมเข้ามามาก มีงานซ้อนกันบ้าง บางครั้งก็ไม่ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนตามแผน ตรงนี้อยากให้วิทยาลัยฯ ช่วยออกแบบบริหาร บูรณาการกิจกรรมบางอย่างเข้าด้วยกันเพราะองค์กรเป็นองค์กรรวม ทุกฝ่ายในวิทยาลัยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“องค์กรอาจต้องยืดหยุ่นว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อาจจะได้ทั้งแบบเป็นทางการ ไม่เป็นทางการ ให้เป็นไปตามธรรมชาติและงานประจำวันของเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

4. ด้านการสื่อสาร มุมมองในมิติที่เป็นจุดแข็ง ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ข้อมูลตรงกันว่าวิทยาลัยฯ มีช่องทางการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางเดียวและสองทาง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการช่วยสร้างความเข้าใจในการทำงาน ได้แก่ การประชุม การส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ การส่งข้อมูลทางไลน์ เฟสบุ๊ก ดังคำพูดต่อไปนี้

“มีข้อมูลความรู้แนวทางการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกส่งให้ทางเมลล์ ทางไลน์กลุ่มได้ตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ประชุมแลกเปลี่ยน KM ชอบแบบเห็นหน้ากันเวลาสงสัยได้ซักถาม ได้ข้อสรุป และมีผู้มาช่วยจดบันทึก ส่งสรุปกลับมาให้อ่านอีกครั้งด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ส่วนมุมมองในมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ การพัฒนาทักษะสรุปความรู้ที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้กับบุคลากร เนื่องจากการเล่าเรื่องด้วยวาจา อาจส่งถึงผู้รับสารไม่ครบทุกคน ต้องอาศัยการจัดเก็บที่เป็นระบบ และบุคลากรที่เป็นสายสนับสนุนส่วนใหญ่ขาดทักษะการสรุปเรียบเรียงสาระองค์ความรู้ และขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเข้าถึงความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกว่าคุณเองไม่ถนัดการเขียน ชอบพูดมากกว่า เพราะต้องมาสรุปสาระลงในเอกสารก็กังวลว่าเพื่อนจะอ่านรู้เรื่องมั๊ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ผู้จัดการ KM ท่านทำข้อมูลไว้ในคลังความรู้บนเว็บไซต์ เพราะส่งทางไลน์แล้วถ้าไม่เซฟไว้ จะมีระยะเวลาหมดอายุไฟล์ ตรงนั้นมองว่าดี แต่เราเองเข้าไปใช้เว็บไม่คล่อง ต้องให้น้อง IT มาทบทวนการใช้งานให้อีกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

5. ด้านการเรียนรู้ มุมมองในมิติที่เป็นจุดแข็ง คือ บุคลากรมีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ แล้วสามารถนำมาพัฒนาตนเองและพัฒนางานได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ลองไปค้นในยูทูบดูเจอหลายคลิปที่บอกวิธีการแนะนำตัวเป็นภาษาอังกฤษลองเขียนเรียงความมาท่อนๆ อาทิตย์นึงก็รู้สึกว่าคุณดีขึ้นบ้างละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ที่วิทยาลัยเชิญวิทยากรมาบรรยาย 2 ครั้งมาพาลงมือทำด้วยเป็นประโยชน์มากๆ ได้เห็นขั้นตอนซักถามได้

โดยตรง นัดประชุมอีกครั้งเดือนหน้า จะได้ลองฝึกกับวิทยากร
คู่อีกที” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ส่วนมุมมองในมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ เพิ่มการ
ถ่ายทอดความรู้จากระดับบุคคลสู่ระดับกลุ่มและองค์กรอย่าง
ต่อเนื่อง ด้วยการใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ต่าง ๆ ดังคำพูด
ต่อไปนี้

“การจัดโครงการ KM เรียนรู้จากประสบการณ์
ของเพื่อนๆ ในทีมถ่ายทอดความรู้สู่เพื่อนร่วมงานเรื่อง
เลขานุการมืออาชีพ ทำให้ได้แนวทางมาใช้ในการออกแบบ
การเป็นเลขาประชุมที่ดี เห็นว่าถ้ามีการจัดแบบนี้บ่อยครั้งขึ้น
หรือไม่ต้องเป็นทางการก็ได้ น่าจะเป็นประโยชน์มากๆ กลุ่ม
จะได้รู้ เมื่อเจอปัญหาจะได้คุยกัน และได้รับฟังข้อเสนอแนะ”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

6. ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มุมมองในมิติที่
เป็นจุดแข็ง บุคลากรส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารมากขึ้น
การรับส่งสาร เป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็วมากขึ้น ดังคำพูด
ต่อไปนี้

“ตอนนี้ทุกคนใช้มือถือกันเป็นส่วนใหญ่ และใช้ช่อง
ทางนี้ในการสืบค้น และสื่อสารกันมากขึ้น การประสานงาน
ขอข้อมูลต่างๆ รวดเร็วกว่าแต่ก่อน ตรงนี้นับว่าเป็นจุดที่ดี”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ส่วนมุมมองมิติที่เป็นจุดควรพัฒนา คือ การสนับสนุน
ให้มีบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์หรือผู้รับผิดชอบหลักในการ
ดำเนินการเผยแพร่ชุดความรู้ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
เพื่อการจัดทำคลังความรู้ที่เป็นระบบ และช่วยให้บุคลากร
เข้าถึงความรู้ของหน่วยงานให้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น ดังคำพูด
ต่อไปนี้

“หากแต่ละวิทยาลัย มีการสนับสนุนให้มีน้อง
เจ้าหน้าที่ที่มาดูแลด้าน KM โดยเฉพาะน่าจะเป็นการดี
มองว่า IT จะช่วยได้มาก ทั้งในส่วนของการจัดระบบคลัง
ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยน หากเก็บเอกสารภายนอก
ก็มีโอกาสสูญหาย และอาจใช้เวลาในการค้นหานั้น
และยังเป็นแหล่งในการสืบค้นความรู้ให้กับคนภายนอก
ได้อีกด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ผมเขียนผังแนวทาง การขอรับบริการการส่งซ่อม
ไฟฟ้าเสร็จแล้ว แต่คงให้น้องไอทีมาช่วยให้สวยงาม ชัดเจน
ก่อนขึ้นแจ้งประชาสัมพันธ์ ผมยังทำไม่คล่องต้องให้น้องๆ
มาช่วยสอน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“จะเข้าไปดูคู่มือความรู้จากวิทยากรที่น้อง IT

แขวนไว้ในระบบ สัมภาษณ์ว่าต้องเข้าไปช่องไหน ต้องขอให้ทีม
แนะนำช่องทางการเข้าคู่มืออีกครั้ง ยังไงถ้าใช้บ่อย ๆ น่าจะคล่องขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสภาพการจัดการความรู้ วิทยาลัย
พยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

สภาพการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัด
พระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ยการ
ปฏิบัติการจัดการความรู้ภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ใน
ระดับมาก แสดงให้เห็นว่าสภาพการจัดการความรู้รายด้าน
แต่ละด้าน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สะท้อนถึงระดับ
การปฏิบัติการจัดการความรู้โดยภาพรวม ประกอบกับเมื่อ
พิจารณาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก
พบว่ามีความสัมพันธ์ตรงกันกับข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของ
วิสัยทัศน์ที่ชัดเจนของผู้บริหาร รวมทั้งบุคลากรมีการสร้าง
และสานวิสัยทัศน์ร่วม มีการสื่อสารในระดับบุคคลที่มี
ประสิทธิภาพ บุคลากรในองค์กรมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
จนนำมาซึ่งวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร
สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความรู้ที่ชี้ให้เห็นภาพความ
สัมพันธ์ระหว่างความเป็นพลวัตการเรียนรู้ของคนในองค์กร¹⁵
และการแสวงหาแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติมกับบุคคลภายนอก หรือ
จากเอกสารต่างๆ ภายใต้การอำนวยความสะดวกสนับสนุน
การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศ
มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดเก็บและเผยแพร่ การส่งเสริม
ให้เกิดบรรยากาศแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร
อย่างต่อเนื่อง^{13,14,15}

เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 6 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนน
สูงสุด ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ($\bar{X} = 4.37$, S.D. 0.64) สะท้อนว่า
ระดับการปฏิบัติของผู้บริหาร ช่วยเน้นย้ำบทบาทที่ชัดเจน
ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ส่งเสริมบรรยากาศ
การเรียนรู้ สนับสนุนปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน
จัดการความรู้ ได้แก่ คณะทำงาน งบประมาณ และทรัพยากร
ที่จำเป็นต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน
ที่พบว่า ผู้บริหารที่แสดงบทบาทในการเชื่อมโยงวิสัยทัศน์สู่วิธี
การที่ชัดเจน จะเกิดการรวมพลังของผู้ปฏิบัติภายในองค์กรเพื่อ
นำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน^{8,19,20}

ด้านการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.36$, S.D. 0.63) แสดงให้

เห็นว่า บุคลากรใช้กระบวนการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้การดำเนินงานจัดการความรู้เป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับแนวคิดของนักทฤษฎีจัดการความรู้¹⁵ ที่กล่าวว่า การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของปฏิบัติงาน โดยปกติคนในหน่วยงานใช้ทักษะที่จำเป็นนี้อยู่เป็นประจำจนเกิดความคุ้นชิน ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุตามเป้าหมาย และการสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรพิจารณาสภาพความพร้อมในการใช้ทักษะการสื่อสารของคนในองค์กร โดยคำนึงให้ครบถ้วนทุกมิติ ได้แก่ ช่องทาง วิธีการ และเนื้อหา

ด้านการเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.34$, S.D. 0.63) ข้อมูลเชิงปริมาณนี้สัมพันธ์กับข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ในระดับบุคคลเกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผ่านการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และหนุนเสริมด้วยการจัดบรรยากาศที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งจะช่วยให้มีการถ่ายทอดการเรียนรู้จากระดับบุคคลสู่ระดับกลุ่ม และระดับองค์กรได้ อย่างไรก็ตามมุมมองที่เป็นจุดที่ควรพัฒนาในด้านนี้ คือ การส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ควรมีการดำเนินการเป็นระยะ สอดคล้องกับแนวคิดของของนักทฤษฎีจัดการความรู้^{3,14} ที่อธิบายว่าควรมีกิจกรรมที่ช่วยยกระดับการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นภายในองค์กร ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ระดับองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายขีดความสามารถการเรียนรู้ของบุคลากรทุกระดับ

ด้านบุคลากร ($\bar{X} = 4.33$, S.D. 0.66) ระดับการปฏิบัติของบุคลากรสะท้อนบทบาทและลักษณะพฤติกรรมที่ทำให้การดำเนินการจัดการความรู้เป็นไปตามแผน เนื่องจากบุคลากรเป็นหน่วยสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการความรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของนักทฤษฎีการจัดการความรู้หลายท่านที่กล่าวว่า คนในองค์กรเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้^{10,14,15,16,17} หากส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญ สร้างความเข้าใจในแนวคิด ขั้นตอนรวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดคุณลักษณะวินัย 5 ประการ ได้แก่ ความรอบรู้แห่งตน แบบแผนความคิดอ่าน การสร้างและสานวิสัยทัศน์ร่วม การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม การคิดอย่างเป็นระบบ จะทำให้เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้^{9,13}

ด้านองค์กร ($\bar{X} = 4.32$, S.D. 0.64) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นว่า การจัดบรรยากาศ

ในการเรียนรู้ การบริหารเวลาในการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบผสมผสานทั้งเป็นทางการ ไม่เป็นทางการจะทำให้เกิดความยืดหยุ่นอย่างเป็นธรรมชาติ และช่วยให้สร้างความรู้สึกร่วมกันของการเกิดวัฒนธรรมที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในงานประจำได้ดีขึ้นและสอดคล้องตามบริบทการทำงานในปัจจุบัน ประกอบกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาล 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.37 ซึ่งแสดงถึงการมีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบและได้รับมอบหมาย การที่องค์กรส่งเสริมบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนและดึงความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลที่มีประสบการณ์ออกมาใช้ในการพัฒนางานและจัดเก็บอย่างเป็นระบบ จะเป็นต้นทุนที่สำคัญในการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรมในองค์กร¹⁴

ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศแม้จะมีระดับการปฏิบัติในระดับมาก แต่เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ พบมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติจัดการความรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.18$, S.D. 0.63) เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่อาจยังใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการจัดการความรู้ยังไม่ได้เต็มที่ ประกอบกับบุคลากรในหน่วยงานมีหลายระดับ ศักยภาพในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้น แสวงหา จัดเก็บ และเผยแพร่ไม่เท่ากัน และสัมพันธ์กับวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งพบว่า บุคลากรสายสนับสนุน ต้องการพัฒนาทักษะเพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาสภาพการจัดการความรู้ของสถาบันการศึกษาหลายแห่งทั้งในไทยและต่างประเทศ^{2,7,20} ที่พบว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อการจัดการความรู้ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาที่สำคัญว่า หากต้องการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง มีความสามารถทางการแข่งขัน และมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน องค์กรควรมีการวางระบบการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ อย่างคุ้มค่า คุ้มทุน สอดคล้องกับแนวความคิดของนักทฤษฎีการจัดการความรู้^{3,14} ที่อธิบายว่าเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้ จึงควรได้ประเมินสภาพปัจจุบันเพื่อเตรียมความพร้อม ในการออกแบบ และดำเนินการ รวมทั้งประเมินผลเป็นระยะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาทักษะการสื่อสารผ่าน การเล่าเรื่อง การจดบันทึก และพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งเน้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการประมวล กลั่นกรอง ชุดองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้เพื่อเป็นการตรวจสอบ สาระความรู้ให้ถูกต้อง ทันท่วงทีก่อนนำไปใช้ประโยชน์และ เผยแพร่

2. เร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งในส่วน กายภาพของเครื่องคอมพิวเตอร์ (Hardware) ชุดคำสั่ง หรือโปรแกรมที่ใช้สั่ง (Software) และบุคลากรในงานด้าน คอมพิวเตอร์ (Peopleware) ให้มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การ พัฒนาลงความรู้อย่าง สร้างช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำ ความรู้ไปใช้ประโยชน์สำหรับบุคลากรทั้งในและนอกองค์กร

3. จัดระบบการควบคุม กำกับ ติดตามผล ความสำเร็จ ผลความสำเร็จของการจัดการความรู้ของแต่ละ วิทยาลัย และจัดเวทีเสวนาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมสมองนำไปสู่การหากลยุทธ์เพื่อการจัดการความรู้ทั้ง ภายในและภายนอกองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเพิ่มเติมถึงองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ ที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัย พยาบาล และศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลและสถาบัน การศึกษาสังกัดอื่นๆ

References

1. Chularut P. Learning management for students in the Thailand 4.0. Era Veridian E-Journal Silpakorn University 2017;1:2363-80. (in Thai)
2. Norashikin H, Safiah O, Fauziah N, Normala AI. Learning organization culture, organizational performance and organizational innovativeness in a public intuition of higher education in Malaysia: A preliminary study. Science Direct 2016;10:512-9.
3. Marquardt MJ. Global human resource development. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 2002.
4. Zouari MBC, Dakhli SBDA. Multi-faceted analysis of knowledge management systems. Procedia Computer Science 2018;13:646-54.
5. Kenaphoom S. Decoding conceptual framework and constructing research-based strategies. Bangkok: Chulalongkorn University Cupress; 2019.
6. Norkaeo D. The development of nurse instructure' characteristics to achieve learning organization in the colleges of nursing, praboromrajchanok institute. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2014;24:80-91. (in Thai)
7. Jansook N, Hongsiwat A, Methakunayudhi P. A Model and strategies for developing learning organization of nursing colleges. Journal of Nursing Education 2014;7:25-37. (in Thai)
8. Ratanosuwat W, Eamsamai S. The development of the knowledge management culture promotion model for nursing colleges under the jurisdiction of praboromrajchanok institute, ministry of public health, Thailand. Journal of Ministry of Public Health 2013;8:65-78. (in Thai)
9. Senge P.M. The fifth discipline: The art & practice of the learning organization. New York: Doubleday; 2006.
10. Office of the Public Sector Development Commission. Development commission. Bangkok: OPDC; 2003.
11. National Strategy Secretarial Office. 20 Year National Strategy 2018-2037. Bangkok: Office of International Affairs; 2017.
12. Quality Assurance Committee. QA annual report. Nonthaburi: Praboromrajchanok Institute; 2021.
13. Senge PM. The fifth discipline field book: strategies and tools for building a learning organization. New York: Doubleday; 1994.

14. Marquardt MJ. Building the Learning organization: A system approach to quantum improvement & global success. New York: McGraw Hill; 1996.
15. Garvin DA. Building a learning organization. Harvard Business Review 1993;71:78-91.
16. Creswell JW. A Concise introduction to mixed methods research. Thousand Oak C.A.: Stage Publications; 2015.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
18. Hambleton PK. Principles and selected applications of item response theory. 3th ed. New York: John Wiley & Sons; 1989.
19. Prajankett O. Experiences of Nursing Instructors in the Royal Thai Army Nursing College in learning organization. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2013;14:116-24. (in Thai)
20. Khoonsorn S, Thaijaidee Y, Setsaensri C. A Model of causal relations affecting to learning organization of santapol college. Journal of Yala Ratchabhat University 2020;1:12-20. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา

The Development of Sepsis Patients Caring Model at Inpatient Unit, Pathumratchawongsa Hospital

อุไรวรรณ วิลัยรัตน์* เรณูการ์ ทองคำรอด นุสรุ ประเสริฐศรี
Auraiwan Wilairat* Renukar Thongkhamrod Nusara Prasertsri
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat Open University, Nontaburi Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 11 คน ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบ เป็น พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 11 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ระหว่าง 0.88 ถึง 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ทั่วถึง การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลและการกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วย ผลของรูปแบบ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบและมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This research and development study aimed to explore the situation of sepsis patients caring, to develop Sepsis Patients Caring Model, and to study the effects of Sepsis Patients Caring Model. The sample was divided according to the development phase, which are Phase 1 explore the situation and Phase 2 develop Sepsis Patients Caring Model using the multidisciplinary team 11 people. Phase 3 study the effects of Sepsis Patients Caring Model using the registered nurses who working at the inpatient unit 11 people. The samples were purposive sampling. The content validity index between 0.8 and 1.0 base on index of item objective congruence by five experts and the Cronbach's alpha coefficient between 0.88 and 0.91. The qualitative data was analyzed by content analysis and the quantitative data analyzed by average, percentage, standard deviation and t-test

Corresponding Author: *E-mail: Frame1aom@gmail.com

วันที่รับ (received) 28 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 พ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 มิ.ย. 2565

The results of this study were as follows. The problems and obstacles of former sepsis patients caring were nursing practice guidelines were not clear, inadequate communication and understand of nursing practices guidelines, lack of continuity on monitor and evaluation of Sepsis patients, The Sepsis Patients Caring Model at Inpatient Unit consists of 3 components (1) Nursing Practice Guidelines for Sepsis Patients Caring (2) Communication and understanding of nursing practice guideline for Sepsis Patients Caring and (3) Monitoring and evaluation of sepsis Patients and 3) The registered nurses rated their nursing practice guidelines and They rated their satisfaction on using this model at the highest level.

Keyword: Sepsis, sepsis patients caring model, Inpatient unit

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราการตายสูงขึ้น โดยพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยในทุกระบบการแพทย์พบผู้ป่วยในเสียชีวิตเฉลี่ย 36 คน ในทุก 1 ชั่วโมง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤติที่มีอันตรายสูง พบว่า อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สูงถึงร้อยละ 60-70 ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุ แหล่งของการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสภาพร่างกายเดิมของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อก จากการติดเชื้อมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 52.4 และพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นร้อยละ 7-8 ต่อปี อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ร้อยละ 30-40 ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยประมาณ 25 ล้าน และเสียชีวิต 8 ล้านราย และพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า 240 ราย ต่อประชากร 100,000 คน/ปี¹

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองในทุกระบบต่อการติดเชื้อ เป็นผลการตอบสนองของร่างกายผ่านเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ และไซโตไคน์หลายชนิด การอักเสบเกิดขึ้นทั่วร่างกายและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กทำให้เกิดการรั่วไหลของสารน้ำและโปรตีนออกนอกหลอดเลือด ถ้า การติดเชื้อไม่ได้รับการควบคุมและรักษา การตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อก่อโรคทำให้เกิดการอักเสบอย่างต่อเนื่องและอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง ไปจนถึงภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด² นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังมีการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย ทำให้อวัยวะ เกิดการล้มเหลวและเสียชีวิตในเวลาทีรวดเร็ว³

สถานการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดในไทย พบอุบัติการณ์ของ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 75-150 รายต่อแสน ประชากรหรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62-73.90⁴ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้ดำเนินการเรื่องการบริหารจัดการเขตบริการ สุขภาพและมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2560-2564 เพื่อตอบสนองแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ สังคมและประชากร ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการ โรคติดเชื้อ (sepsis) เป็นหนึ่งในสาขาที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดและให้ความสำคัญ ตัวชี้วัดที่สำคัญ นอกจากนี้ การคัดกรองผู้ป่วย sepsis และการพัฒนาสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยที่มาที่แผนกฉุกเฉินหรือผู้ป่วยในที่มีโอกาสติดเชื้อรุนแรง ควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้การวินิจฉัยตั้งแต่แรกและ รักษาได้อย่างทันท่วงทีซึ่งจะทำให้ผลการรักษาได้ผลดี ลดภาวะ แทรกซ้อนและอัตราการตาย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ มหาชน) ยังให้ความสำคัญในส่วนของการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมาย ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย Patient Safety Goal : SIMPLE ซึ่ง Sepsis อยู่ในหมวดของ Emergency Response โดยมี เป้าหมายให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มากที่สุด ผลกระทบจากภาวะช็อก และการติดเชื้อน้อยที่สุด

บริษัทโรงพยาบาลปทุมราชวงศา เป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 30 เตียงในเขตบริการสุขภาพที่ 10 สถิติ โรงพยาบาลปทุมราชวงศาในปีงบประมาณ 2559-2561 พบข้อมูล ส่งต่อผู้ป่วยจากภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 10, 16 และ 19 ราย ตามลำดับ และส่งต่อผู้ป่วยจากหอบหืดผู้ป่วยใน จากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส เลือด จำนวน 5, 5 และ 8 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิต ปีละ 1 ราย พบผู้ป่วย

sepsis จำนวน 101, 201 และ 212 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ในจำนวน 54,136 และ 200 ราย ตามลำดับ

จากการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพ และสถานพยาบาลเพื่อประเมินโรงพยาบาลในการรับ การประเมิน re-accreditation ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 13-14 กรกฎาคม 2560 ที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา พบว่ามีประเด็นข้อเสนอแนะที่เป็นโอกาสพัฒนาคือด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัย ตลอดจนการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยขอให้ทีมนำทางคลินิกและทีมที่เกี่ยวข้อง ค้นหาความเสี่ยง เชื่อมโยงความเสี่ยงที่พบกับองค์กรพยาบาลในการนำมาจัดทำระบบการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น Sepsis พร้อมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผล นอกจากนี้ด้านระบบบริหารการพยาบาลพบว่าควรพัฒนาระบบการนิเทศทางคลินิกและนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับกลุ่มโรคสำคัญ เช่น sepsis พร้อมกำหนดประเด็นในการนิเทศแต่ละโรคที่ชัดเจน ทำให้ผู้นิเทศสามารถนำไปใช้ในการสร้างการเรียนรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ จากการทบทวนเวชระเบียน การนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปีเดียวกันพบว่า การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม และการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และ การพิจารณาการรายงานแพทย์ไม่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติในการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะไม่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน สรุป ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน การสื่อสารการใช้แนวทางไม่ทั่วถึง ทำให้การนำสู่การปฏิบัติ ไม่ตรงกัน

ในฐานะที่กลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่ในการรับผิดชอบส่วนหนึ่งของการดำเนินงานจึงควรมีการพัฒนารูปแบบใหม่ เพื่อให้มีการบริหารจัดการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลหอผู้ป่วยใน ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน จึงสนใจในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา

คำถามการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock พ.ศ. 2558 ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) สถานที่ในการทำวิจัยคือ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียวกัน ศึกษาคนละช่วงเวลาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 5 คน นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 3 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาลจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน

จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 41 คน กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 1 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในจำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นหัวหน้าทีมหรือผู้ดูแลหลักในแต่ละสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างน้อย 3 ปีและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน 2. แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ หมายเลขรับรอง 8/2562 วันที่ให้การรับรอง 8 กรกฎาคม 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ประกอบด้วย

1) ศึกษาข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปทุมราชวงศา ย้อนหลัง 3 ปี ระหว่าง

พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากรายงานการทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม 3) ศึกษาขั้นตอนและวิธีการสนทนากลุ่มพร้อมทั้งซักซ้อมและเตรียมความพร้อม เตรียมอุปกรณ์ และจัดเตรียมสถานที่สำหรับการสนทนากลุ่ม 2. การดำเนินการสนทนากลุ่ม 1) ประสานไปยังหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องพร้อมทำหนังสือเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและนัดหมาย วันที่ เวลา สถานที่ ว่างล่วงหน้า 1 สัปดาห์ 2) แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการสนทนากลุ่มให้ทุกคนรับทราบพร้อมทั้งขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 3) ขออนุญาตบันทึกภาพ เสียง จดบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มเพื่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน 4) ดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ตามลำดับ โดยให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ และสรุปผลการสนทนากลุ่มต่อที่ประชุม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock พ.ศ. 2558 ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

2. การดำเนินการสนทนากลุ่มโดย 1.) ประสานไปยังหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องพร้อมทำหนังสือเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและนัดหมาย วันที่ เวลา สถานที่ ว่างล่วงหน้า 1 สัปดาห์ 2) แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการสนทนากลุ่มให้ทุกคนรับทราบพร้อมทั้งขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 3) ขออนุญาตบันทึกภาพ เสียง จดบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มเพื่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน 4) ดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ตามลำดับ โดยให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ 5) สรุปผลการสนทนากลุ่มและปรับแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศาจากการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สัมผัสและยินดีเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการใช้รูปแบบระยะเวลา 3 เดือนระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา ในผู้ให้บริการประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน การอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 ประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประเมินหลังใช้รูปแบบประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ความพึงพอใจต่อการสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ความพึงพอใจต่อการกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

นำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 คน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเครื่องมือการวิจัยมี 4 ส่วน ได้แก่ 1) แนวคำถามเชิงกิ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82, 0.86, 0.87, และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และ 3. วิเคราะห์ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน หลังการใช้รูปแบบ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.80 อายุเฉลี่ย 37.09 ปี ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานเฉลี่ย 14 ปี

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.90 อายุมีค่าเฉลี่ย 35.55 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 42 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานค่าเฉลี่ย 12.55 ปี ต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 19 ปี ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 72.70 และทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ผลการศึกษาสภาพการณ์ พบว่า สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา มีแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ทั่วถึง การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องตามช่วงเวลา

อธิบายดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน (n = 11)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาล	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ			t	p*
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
การประเมินและคัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	3.18	0.26	ปานกลาง	4.39	0.31	สูง	-12.681	<0.001
การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	3.34	0.25	ปานกลาง	4.55	0.33	สูงมาก	-14.778	<0.001
การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	3.57	0.23	สูง	4.43	0.40	สูง	-9.083	<0.001
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด	3.52	0.41	สูง	4.59	0.42	สูงมาก	-21.914	<0.001
ภาพรวม	3.38	0.23	ปานกลาง	4.50	0.32	สูงมาก	-18.623	<0.001

*Paired Samples T-Test

จากตารางที่ 1 โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น $\bar{X} = 4.50$ (SD = 0.32) อยู่ในระดับสูงมาก และส่วนใหญ่ต่างจากรูปแบบเดิม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.59$ (SD = 0.42) 2) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.55$ (SD = 0.33) 3) การส่งต่อผู้ป่วย

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ก. การประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ข. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใน หอผู้ป่วยใน ค. ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ง. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน 2) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน 3) การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน

5. ผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน

5.1 ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน

ติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.43$ (SD = 0.40) และ 4) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.39$ (SD = 0.31) มีความแตกต่างก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน อธิบายดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน (n = 11)

ความพึงพอใจ	การใช้รูปแบบ		ระดับ
	Mean	S.D.	
1. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.50	0.39	สูงมาก
- การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.48	0.41	สูง
- การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.47	0.41	สูง
- การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.54	0.39	สูงมาก
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.52	0.42	สูงมาก
2. การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.58	0.30	สูงมาก
3. การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.58	0.34	สูงมาก
ภาพรวม	4.53	0.35	สูงมาก

จากตารางที่ 2 โดยภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.53$ ($SD = 0.35$) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.58$ ($SD = 0.30$) ด้านการกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.58$ ($SD = 0.30$) รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.50$ ($SD = 0.39$) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่มีคะแนนมากที่สุดตามลำดับดังนี้ 1) การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.54$ ($SD = 0.39$) 2) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.52$ ($SD = 0.42$) 3) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.48$ ($SD = 0.41$) 4) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X} = 4.47$ ($SD = 0.41$) มีความแตกต่างก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา อภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน สามารถอภิปราย

ผลได้ดังนี้ ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา พบว่า แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลปฏิบัติไม่เหมือนกัน ด้านการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าการสื่อสารแนวปฏิบัติไม่ทั่วถึง ตลอดจนการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติได้และรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยในพบว่า ขาดความต่อเนื่องในการประเมิน ติดตาม อาการผู้ป่วยตามช่วงเวลา พยาบาลไม่มั่นใจในการปฏิบัติ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยในมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน 2) สื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน และ 3) กำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยแนวปฏิบัติที่ชัดเจนพร้อมทั้งได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใน การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พยาบาลมี

แนวปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวกันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามช่วงเวลาส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีแบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด¹³ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายให้ได้รับการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับความรุนแรงที่พบสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ¹¹ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ 6 ชั่วโมงแรกและระยะต่อเนื่อง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย¹² ที่พบว่าการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบการดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง⁵ ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลให้สัดส่วนการดักจับอาการของ Severe Sepsis ได้ทันเวลาสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด⁷ ที่พบว่า ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสามารถดักจับอาการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทันเวลาเร็วขึ้น 2) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีช่องทางในการสื่อสารโดยการประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติการ มีการฝึกประเมินการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ SIRS ฝึกประเมินการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน เช่น แนวปฏิบัติการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่องทางการขอผลชันสูตรด่วน การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังแพทย์วินิจฉัยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ทันทั่วถึงที่เกิดผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งเกิดการทำงานเป็นทีม⁸ กล่าวว่าการสื่อสารที่ดีหรือมีประสิทธิภาพทำให้การดำเนินงานต่างๆ สำเร็จตาม

เป้าหมายเพราะการสื่อสารจะเชื่อมการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ของแต่ละหน่วยงานในองค์กร 3) กำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน มีการออกแบบการกำกับติดตามอาการผู้ป่วย ตามช่วงเวลา การทำสัญลักษณ์ให้เห็นชัด เพื่อเป็นตัวเตือนในการประเมินติดตามตามช่วงเวลาและส่งต่อข้อมูล เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยให้เหมาะสมตามช่วงเวลาและสะดวกในการนำไปใช้ การรับส่งเวรเฉพาะรายผู้ป่วยตามอาการและอาการแสดงที่พบ ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลมุกดาหาร⁹ ที่พบว่าการจัดการกระบวนการประเมินผลและติดตามประเมินผลสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติและการระบุแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะอย่างชัดเจน การติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจสามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

พบว่าผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.50$ ($SD = 0.32$) ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจถึงแนวการปฏิบัติ ตลอดจนการได้ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในหน่วยงานผู้ป่วยใน และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่นำไปปฏิบัติเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมในการปฏิบัติมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด¹³ พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความเข้าใจมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกันซึ่งถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายจะต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ร่วมกันในทีมสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง⁵ ที่พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมทีมนักพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติองค์กรสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผลการประเมินความพึงพอใจ

ของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ = 4.53 (SD = 0.35) ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในที่เน้นการกำหนดวิธีปฏิบัติให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด¹³ ที่พบว่าการมีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่เกิดการสับสนจากการปฏิบัติที่หลากหลาย ทำให้พยาบาลผู้ใช้รูปแบบมีความเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาล มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันฝึกทักษะปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีกระบวนการติดตามประเมินผลการประเมินผู้ป่วยปรับปรุงกระบวนการให้สะดวกในการประเมินและการลงบันทึกทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการที่เหมาะสมทันเวลาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลมุกดาหาร⁹ ที่พบว่าการจัดการกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละระยะอย่างชัดเจนมีการติดตามประเมินผลอย่างส่งผลต่อความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย¹² ที่พบว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อส่งผลต่อพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและกระบวนการพัฒนาในระดับสูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ควรขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในไปยังหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดอำนาจเจริญ
2. ส่งเสริมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน กำหนดเป็นนโยบายหลักของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปทุมราชวงศา
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพใน

การใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ส่งเสริมให้มีรูปแบบการสื่อสารหลายช่องทางให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ ของโรงพยาบาล

References

1. Robert S.Munford and Anthony F.Suffredini. Principles and Practice of Infectious diseases; 2015; 914 - 34
2. Koomanachai P. Emergency in internal medicine The Royal College of Physicians of Thailand, Bangkok: Holistic Publishing Company Ltd;2014
3. Chareonphon T, Rujaravej S and Aphisanthanarak A.Emergencies in medicine. Pathum Thani : Bangkok Medical Journal; 2011
4. Amphon K, Bunyoprakarn C, Patcharin Sinkincharoen P. The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital. The Journal Of Prapokklao Hospital clinical Medical Education Center 2017; 34(3): 222-36. (In Thai)
5. Nueng Nasuwan W, Normkusol J, Thongjam R, Panaput T. Development of the nursing service system for patients with severe sepsis. Journal of Nursing and Health Care 2014;32(2):25-36. (In Thai)
6. Boonjun D, Noimuenwai P. Results of using nursing practice guidelines based on “modified early warning scores” for septic patients. Buddhachinaraj medical Journal 2014; 31(3): 385-95(In Thai)
7. Chairatana P, Tudsapornpitakkul S, The Effectiveness of Nursing Care Model for Sepsis Patients. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35(3): 24-31. (In Thai)

8. Marquis, B. L., & Huston, C. J. Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby 1992
9. Noparith P., Traiyawong S., Koteprom J. A Development of Nursing Care Model for Sepsis patients in Mukdahan Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(1): 221-30. (In Thai)
10. Kowtragool N. Effects of using a case management system to improve the quality of care for the sepsis patients in Sakaeo Crown Prince Hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2014; 25 (2): 121-34. (In Thai).
11. Jirakangwan M, Chalida Chantepha C, Buppha P. Development of nursing model for severe sepsis in Sisaket Hospital. Journal of Nursing Division. 2015; 42(3): 9-33 (In Thai)
12. Suranatchayanan P, Kenthongdee W, Kamonrat S. Nursing care system development for sepsis patients at Loei Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(1): 207-15. (In Thai)
13. Punvittayakool J, Maneeprai J. The Development of Care Model for Sepsis. Journal of Nursing Division. 2018; 45(1): 86-104. (In Thai)
14. Champhun R, Perm Pikun C, and Phachanasunthorn B. (editor). Clinical practice guidelines for patient care. Severe sepsis & Septic shock. 2015. Crisis Therapy Association of Thailand
15. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016
16. Singer M, Deutschman CS, Seymour C. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). Journal of the American Medical Association 2016; 315(8): 801-10.
17. Pimsung S, Kummabutr J, Nirattharadorn M. The Effect of A Clinical Practice Guideline on Abdominal Pain Triage in An Outpatient. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19: 99-108. (In Thai)
18. Chunthai K, Haruthai C, Sathira-angura T. Model Development of Chief Nursing Officer's Network for Health Promotion. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(1): 241-252. (In Thai)
19. Dawudom N, Tunyapalit S, Sookmak A, Chaleoykitti S, Simakorn T. The Development of Nursing's Mentorship Model at Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016; 17(3): 197-206. (In Thai)

พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร

Resilience Quotient, Depression and Suicidal Tendency of the New Privates,
Signal Department Royal Thai Army

ธีรธัช คุณรัตนารณ* กุลเชษฐ เกษะโกมล พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
Teratat Khunrattanakorn* Kulachade Gesakomol Patsri Srisuwan
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Phramongklao hospital, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า กับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี 2564 จำนวน 518 คนที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง จากประชากรทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารทั่วประเทศ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ โดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) ได้มีการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าชื่อ Thai-HRSD พบว่าแบบประเมิน 9Q มีค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha 0.821 แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 ค่าความตรงของเครื่องมือ Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ .81 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ได้ผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.749 ที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มประชาชนอายุ 25-60 ปี จำนวน 4,000 ราย ในปี พ.ศ.2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ผลการศึกษาพบว่า ทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.4 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.2 และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 22.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.8 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.2 ผลการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 57.2 และมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเล็กน้อย ร้อยละ 42.8 ระดับพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.337, p = .01$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้ม การฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.481, p = .01$)

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, แนวโน้มการฆ่าตัวตาย, ทหารกองประจำการ

Abstract

The purpose of this research was to study the levels of the Resilience Quotient and its relation with chances of having depressive disorder and suicidal tendency in order to apply the results as a base of figuring supportive activities or schemes of improving potential of adapted ability to limit the depressive condition and suicidal tendency in 518 privates positioned in Signal Department Royal Thai Army. The data-collecting instruments used are a depression questionnaires comprising of 2 questions and 9 questions as called 2Q9Q, a suicide questionnaire comprising of 8 questions known as 8Q, and a resilience quotient questionnaire. The data were analyzed and presented in term of descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that 54.4 percent of the privates had a normal level of resilience quotient while approximately 23.3 percent of them had a higher level of resilience quotient, and only 22.4 percent of them had a lower level of resilience quotient. The findings of depression indicate that 68.8 percent of the privates had no connection with the depressive disorder. As mentioned, there was 31.2 percent left seeming to carry this condition. There was 19.3 percent holding a low level, 10.0 percent had a medium level, and 1.9 percent carried a severe level. The outcomes of the study of committing suicide present that 57.2 percent of the privates had none of possibility to kill themselves whereas 42.8 percent of the rest tended to show little tendency of suicide. The correlation between resilience quotient and level of depression showed that the level of Resilience Quotient was inversely related to the level of depression ($r = -0.337$) with statistically significant ($p = .01$). The correlation between level of depression and suicidal tendency showed that the level of depression was directly related to the suicidal tendency, ($r = -0.481$) with statistically significant ($p = .01$)

Keywords: Resilience Quotient, Depression, Suicidal Tendency, Privates

บทนำ

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังที่พบเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ หากบุคคลใดมีระดับพลังสุขภาพจิตที่สูงจะสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ รวมไปถึงทำให้บุคคลเกิดการยอมรับปัญหาและสภาพความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงหรือในสภาวะกดดันต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า¹

ปัจจุบันอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของประชากรไทยมีระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตได้รับสถิติจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 4,137 คน เฉลี่ย 11.3 คนต่อวัน โดยผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี พบว่า เกิดปัญหาภาวะโรคจิต 7.45% โรคซึมเศร้า 6.54% และในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนประชากรที่

ฆ่าตัวตายสำเร็จ 14.4 คน ต่อคนไทย 1 แสนคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 7.8 % ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าคนปกติหลายเท่า² หากบุคคลมีพลังสุขภาพจิตในระดับที่สูง จะสามารถรับมือกับอุปสรรค ความยากลำบาก และความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ รวมถึงผู้ที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่สูงจะสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจของตนเองให้กลับสู่สภาวะปกติ และลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายได้

ชายไทยทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีบริบูรณ์ (21-29 ปี) ต้องมีหน้าที่สำคัญ คือ “ต้องไปเกณฑ์ทหาร” ตามความในมาตรา 8 และมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 ประกอบกับกฎกระทรวง ฉบับที่ 35 (พ.ศ. 2516) ข้อ 3 (1) กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติสำหรับการรับทหารกองเกินที่อยู่ในกำหนดเรียกเข้ารับราชการทหารกองประจำการ ซึ่งการรับใช้ชาติด้วยการเป็นทหารถือเป็นเรื่องที่มีเกียรติและศักดิ์ศรี เนื่องจากจะได้รับการฝึกฝนจาก

กองทัพไทย ให้มีระเบียบวินัย ค่านิยม ปลุกฝังอุดมการณ์รักชาติ และความเสียสละ นอกจากนี้ยังได้รับการฝึกวิชาชีพ เพิ่มพูนความรู้ในด้านต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อทหารเกณฑ์ทุกคน³

การเข้ารับราชการเป็นทหารกองประจำการในช่วงแรก จำเป็นต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตนตามกฎหมายระเบียบวินัยทหาร ตลอดช่วงระยะเวลาการฝึก ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดได้ สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนงาน การย้ายภูมิลำเนา หรืออาจเกิดจากปัจจัยภายใน เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งความเครียดจัดเป็นระบบเตือนภัยของร่างกายให้มีความพร้อมต่อการจะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากมีความเครียดในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ซึ่งการที่มีความเครียดสะสมเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและอารมณ์ ทหารกองประจำการมีแนวโน้มของการเกิดความเครียดที่เกิดจากการจำเป็นต้องปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งบางครั้งการฝึกที่หนักและต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของทหารกองประจำการจนปลดประจำการต่อไปในอนาคต

ในปัจจุบัน ทหารกองประจำการส่วนใหญ่จะมีการทดสอบโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เท่านั้น แต่ยังไม่เคยมีการประเมินระดับพลังสุขภาพจิต (RQ) ซึ่งระดับพลังสุขภาพจิตจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการปรับตัว การยอมรับ และการฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังจากเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปัญหา อุปสรรค แรงกดดัน และความยากลำบากต่าง ๆ โดยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) นี้จะใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค และยังมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในทหารกองประจำการใหม่ ผลัดเดือน พฤษภาคม 2561 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.41 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนั้นยังมีการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายในทหารกองประจำการใหม่ ผลัดที่ 2 ปี 2558 พบว่ามีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 35.85 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นฐานข้อมูลในหาแนวทางหรือกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในการปรับตัว แก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและลดแนวโน้มการฆ่าตัวตายในทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร และเพื่อกระตุ้นให้มีการประเมินระดับพลังสุขภาพจิต (RQ) ในพลทหารใหม่อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร

คำถามการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารอยู่ในระดับใด
2. ระดับพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

กรอบแนวคิด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังที่พบเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ หากบุคคลใดมีระดับพลังสุขภาพจิตที่สูงจะสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ รวมไปถึงทำให้บุคคลเกิดการยอมรับปัญหาและสภาพความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงหรือในสภาวะกดดันต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า โดยผู้ที่มีระดับพลังสุขภาพจิตสูงจะทำให้บุคคลนั้นมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำ และผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำจะมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่ต่ำลงไปด้วย

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ระดับพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา ระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 จำนวน 518 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ประชากร คือ ทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 ที่เข้ามาประจำการใน กรมการทหารสื่อสารในช่วงระยะเวลา 14 วันแรกทั่วประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 จำนวน 518 คน ที่เข้ามาประจำการในกรมการทหารสื่อสารในช่วงระยะเวลา 14 วันแรกที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานะ น้าหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ก่อนเข้ารับราชการทหาร รายได้ก่อนเข้ารับราชการทหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตอนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ (Resilience Quotient) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ จำแนกเป็นการประเมินด้านความทนต่อแรงกดดัน จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีให้เลือก 4 ระดับ คือ ไม่จริงจริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแต่ละด้านและคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ได้ผ่านการทดสอบในด้าน

ความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม และ 9 คำถาม (2Q9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แปลผลโดยใช้คะแนนรวมทุกข้อ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ปกติ และมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หากคัดกรองแล้วพบว่า มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แปลผลโดยใช้คะแนนรวมทุกข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) ได้มีการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าชื่อ Thai-HRSD พบว่าแบบประเมิน 9Q มีค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha 0.821

ตอนที่ 4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แปลผลโดยใช้คะแนนรวมทุกข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง⁴ ซึ่งแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรม โครงร่างงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก วันที่ 7 ตุลาคม 2564 หมายเลขจริยธรรมการวิจัยคือ 1449/2564 และขออนุญาตผู้บังคับการกรมทหารสื่อสารเพื่อเก็บข้อมูล ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้เข้าพบทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารตามวันและเวลาดังหมาย เพื่อชี้แจงให้ทหารกองประจำการทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของโครงการวิจัยนี้โดยที่ทหารกองประจำการสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อสิทธิการเป็นทหารกองประจำการแต่อย่างใด เมื่อทหารกองประจำการตกลงใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ทหารกองประจำการลงชื่อยินยอมในใบแสดงความยินยอม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นทหารกองประจำการ กรมการสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 518 คน มีอายุเฉลี่ย 21.53 ± 1.32 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ดัชนีมวลกายเฉลี่ยคือ 23.36

1. ผลการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต พบว่าทหารกองประจำการ กรมการสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 ส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.2 และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 22.4 ระดับพลังสุขภาพจิตแยกรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทนทานต่อแรงกดดัน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.0 และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 12.0 2) ด้านกำลังใจ ส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 16.5 และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ

7.4 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.2 ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 22.4 ทหารกองประจำการ กรมการสื่อสารส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 68.8 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 19.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.9

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 57.2 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันเล็กน้อย ร้อยละ 42.8 ระดับพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.337, p.01$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.481, p = .01$)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564

	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม (2Q)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	283	54.6
มีภาวะซึมเศร้า	235	45.4
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 9 คำถาม (9Q)		
<7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า	357	68.8
7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	100	19.3
13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	52	10.0
≥19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	10	1.9
แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายแบบ 8 คำถาม (8Q) n = 159		
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย	91	57.2
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย	68	42.8
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง	0	0.0
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง	0	0.0
พลังสุขภาพจิตด้านการทนต่อแรงกดดัน		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	119	23.0
เกณฑ์ปกติ	336	65.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	62	12.0

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
พลังสุขภาพจิตด้านการทนต่อแรงกดดัน		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	85	16.5
เกณฑ์ปกติ	393	76.2
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	38	7.4
พลังสุขภาพจิตด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	81	15.7
เกณฑ์ปกติ	371	71.9
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	64	12.4
พลังสุขภาพจิตโดยรวม		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	116	22.4
เกณฑ์ปกติ	281	54.4
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	120	23.2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ระดับพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า	-0.337
ภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย	0.481

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลัดที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 23.2 และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 22.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁵ ที่ได้ทำการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นคลินิก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ที่กำลังศึกษาอยู่ระหว่างชั้นปีที่ 4-6 จำนวน 237 คน ส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 72.6 มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 19.4

มีระดับพลังสุขภาพจิตที่สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 85 โดยบุคคลที่มีระดับพลังสุขภาพจิตดีจะมีความสามารถในการปรับตัว สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลง แรงกดดัน มีกำลังใจในการต่อสู้ เอาชนะอุปสรรค รวมถึงสามารถแก้ไขและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของทหารกองประจำการ เพราะการเข้ารับราชการเป็นทหารกองประจำการในช่วงแรก จำเป็นต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การฝึกและปฏิบัติตนตามกฎระเบียบวินัยทหารตลอดช่วงระยะเวลาการฝึก ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดและมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ารวมถึงภาวะการฆ่าตัวตายได้ การศึกษาภาวะซึมเศร้า

พบว่า ทหารกองประจำการ กรมการสื่อสารส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 68.8 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 19.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 1.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของทหารกองประจำการ กองทัพอากาศ กองบิน 23 จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ทหารกองประจำการส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.88 และมีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 27.11⁷ การศึกษาภาวะซึมเศร้าเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกัน การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย⁸ โดยภาวะซึมเศร้าถือเป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่เพียงแค่อารมณ์เศร้า หดหู่ หรือท้อแท้ทั่วไป แต่เป็นโรคทางสมองที่มีความบกพร่องทางสารสื่อประสาท ผู้ป่วยจะเศร้า ท้อแท้ หดหู่และ สิ้นหวังอย่างรุนแรง เบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำเป็นนอย่างมาก หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁹ การศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายพบว่า ทหารกองประจำการ กรมการสื่อสาร ส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 57.2 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันเล็กน้อย โดยปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ของระบบสาธารณสุข จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2563 อยู่ที่ 7.37 คน ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี ดังนั้นหากประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายแล้ว พบว่ามีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแล เฝ้าระวังและเข้ารับการรักษาโดยด่วน

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้ากับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสาร ผลลัพธ์ที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของทหารกองประจำการ กรมการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.337, p = .01$) ซึ่งหมายความว่า ทหารกองประจำการที่มีระดับพลังสุขภาพจิตดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของทหารกองประจำการ กรมการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.481, p = .01$) ซึ่งหมายความว่า ทหารกองประจำการที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยจะมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายน้อยลงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการมีระดับพลัง

สุขภาพจิตที่ดีจะไม่มีภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เนื่องจากบุคคลที่มีระดับพลังสุขภาพจิตดี จะสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงและความยากลำบากต่าง ๆ ในชีวิตได้ เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก บุคคลเหล่านี้จะสามารถจัดการปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถนำเอาประสบการณ์เหล่านี้มายกระดับพลังฮึด พลังฮึดและพลังสู้ได้อีกด้วย การจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยการศึกษา¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาลงของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตหรือความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience-Enhancing Program) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยโปรแกรมที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตหรือความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ กิจกรรมสายสัมพันธ์ การชื่นชมซึ่งกันและกัน การเพิ่มพลังชีวิต และเทคนิคการคลายเครียด เป็นต้น โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหรือความแข็งแกร่งในชีวิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹⁰ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพในการปรับตัว แก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า และลดแนวโน้มการฆ่าตัวตายในทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่าทหารกองประจำการ กรมการสื่อสาร ผลลัพธ์ที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2564 ส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ทำให้มั่นใจได้ว่า ทหารกองประจำการ กรมการสื่อสารจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เผชิญแรงกดดัน และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีบางส่วนที่เป็นส่วนน้อยที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายน้อย จึงเสนอให้กรมการทหารสื่อสารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาแนวทางในการจัดกิจกรรมที่สามารถเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการปรับตัว แก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและลดแนวโน้มการฆ่าตัวตายในทหารกองประจำการ กรมการทหารสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การวิจัยนี้เป็นศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกำลังพลทหารสังกัดกรุงเทพมหานคร หากมีการศึกษาในภูมิภาคอื่น ๆ หรือในบริบทที่แตกต่างกันอาจวิเคราะห์ผลได้แตกต่างกันออกไป ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้อาจนำไปใช้เป็นตัวแทนได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น

References

1. Clarke J. Resilience Bounce Back from Whatever Life Throws at You. 2nd ed. United Kingdom: Crimson Publishing;2012
2. Department of Mental Health. World Mental Health Day. Siamrath. Bangkok: Siamrath Publishing;2019. (in Thai)
3. Academic Department. Military Law. Bangkok: Sutpaisarn Publishing;2014. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Depression primary care guidelines. Bangkok: The Excellent Center for Depressive Disorder;2014. (in Thai)
5. Weeraarchakul W. Factors Related to Stress among Dental Student of Khonkaen University. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2014;13(3) : 11-9. (in Thai)
6. Department of Mental Health. Resilience Quotient. Bangkok: Mental Health Development;2016. (in Thai)
7. Kunnatee N. Stress and Coping Strategies of The Royal Thai Army New Privates. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2012;13(2) : 72-81. (in Thai)
8. Wissanutothin S. Clinical practice guidelines for treating persons with MDD in primary care setting. The Journal of Boromarajonani College of Nursing.2010;16(2) : 5-22. (in Thai)
9. Department of Mental Health. Guidebook of Depressive Disorders Surveillance and Care Provincial Level. 3rd ed. Bangkok;2014. (in Thai)
10. Limganjanawat S. The Effects of the Resilience-Enhancing Program on the Undergraduates of Faculty of Environment and Resource Studies, Mahidol University. Songklanakarin Journal of Humanities and Social Sciences.2016;22(2) : 149-79. (in Thai)

การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563

A Study of the Desired Characteristics of Nursing Students at the
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing in the 2020 Academic Year

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก* บุหงา ตโนภาส ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์ กมลชนก มุลไชย

Pramote Thangkratok* Bu-Ngah Tanopas Panchan Thapanakulsuk Kamonchanok Moonchai

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 รวมทั้งสิ้น 686 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี แบบประเมินคุณลักษณะของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มีความเที่ยงเท่ากับ 0.96, 0.97, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.19, 3.99, 4.00, 4.02; SD = 0.69, 0.79, 0.59, 0.51 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ มีจิตอาสา ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ได้แก่ หัวใจคุณธรรม นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ พัฒนาก้าวไกล และชั้นปีที่ 4 ได้แก่ มีจิตอาสา ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : คุณลักษณะที่พึงประสงค์, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study desirable characteristics of nursing student at Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing in the 2020 academic years. The samples of this research were 686 of first to fourth year nursing students. The research instruments included a questionnaire on the desired characteristics of nursing students at the Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing for first to fourth year nursing students. The reliabilities were 0.96, 0.97, 0.98, and 0.98, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics by frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Corresponding Author: *Email: pramote.t@stin.ac.th

วันที่รับ (received) 28 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 เม.ย. 2565

The results illustrated that the mean score of the desirable characteristics of the four year nursing students were at a high level ($\bar{X}$ = 4.19, 3.99, 4.00, 4.02; SD = 0.69, 0.79, 0.59, 0.51, respectively). When considering each aspect, it was found that the service-minded aspect of the first and second year students had the highest mean score. The integrity of heart aspect of the third, and fourth year students had the highest mean score, while the talent development aspect of the first, second, and third year students had the lowest mean score. The service minded aspect of the fourth year students had the lowest mean score. Results from this study can be used to improve instructional and extracurricular activities to enhance the desirable characteristics of nursing students.

Keywords : Desired Characteristics, Nursing Students

บทนำ

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีคุณภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของสถาบันการศึกษาที่ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาประชากรของประเทศให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและความเจริญก้าวหน้าของสังคม โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับความท้าทายของโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่สามารถคาดเดาได้ การจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้สามารถปฏิบัติงานและดำเนินชีวิตในสังคมยุคปัจจุบันได้อย่างมีคุณภาพเป็นความท้าทายของการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย¹ เป้าหมายสำคัญของการจัดการศึกษาคือการพัฒนาผลลัพธ์ผู้เรียนให้สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม สติปัญญา มีความเป็นเลิศทั้งในด้านวิชาการ มีทักษะขั้นสูงในการประกอบวิชาชีพ ประกอบกับการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จิตอาสา และจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคดิจิทัล รวมถึงมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน² อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

กระบวนการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ในประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาให้นักศึกษามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การเผชิญกับสังคมสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและหลากหลาย บทบาทของพยาบาลถูกขยายไปในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จำเป็นต้อง

บูรณาการองค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (Knowledge) รวมถึงทักษะในการปฏิบัติงานทางคลินิก (Skills) ประกอบกับคุณลักษณะ (Attribute) หรือศิลปะทางวิชาชีพ เพื่อใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ต้องคำนึงถึงบริบทของพหุวัฒนธรรม นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมให้สามารถปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อน หลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมถึงต้องมีทักษะในการดำเนินชีวิตสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและทำงานเป็นทีมได้ มีความเป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถสร้างนวัตกรรม การวิจัย กล้าที่จะเปลี่ยนแปลง มีความรู้ความตระหนักในเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม^{3,4} สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล⁵ ซึ่งเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่จะทำให้ นักศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มเสี่ยงต่อสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2561 สถาบันกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิต STIN (เอสติน) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) จิตอาสา (Service mind) 2) พัฒนาก้าวหน้า (Talent development) 3) หัวใจคุณธรรม (Integrity of heart) 4) นำการพยาบาล (Nursing leaders) 5) นักปฏิบัติเชิงรุก (Proactive practitioner) และ 6) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบสาธารณสุข คุณลักษณะ

STIN นี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรฐานการอุดมศึกษาด้านผลลัพธ์ผู้เรียน มาตรฐานผลการเรียนรู้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุงปี พ.ศ. 2560 วิสัยทัศน์ 10 ปีของสถาบัน และอัตลักษณ์บัณฑิต คณะกรรมการพัฒนาคุณลักษณะ STIN ได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาคุณลักษณะ STIN และดำเนินการผ่านกิจกรรมทั้งในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ซึ่งกิจกรรมในหลักสูตร ประกอบด้วย การออกแบบการเรียนการสอนของรายวิชาเพื่อพัฒนาคุณลักษณะ STIN และกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วย กิจกรรมที่สถาบันจัดให้นักศึกษาและกิจกรรมที่จัดโดยสโมสรนักศึกษา รวมถึงกิจกรรมที่นักศึกษาแต่ละคนสร้างสรรค์ด้วยตนเอง⁶

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย มีพันธกิจหลักด้านการผลิตบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ เล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยเพื่อการเสริมสร้างและพัฒนาให้นักศึกษามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่สถาบันต้องการ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผน การกำกับติดตามประเมินผล และทบทวนปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อสร้างเสริมคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลให้โดดเด่นและสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถาบัน อันจะยังประโยชน์ให้สถาบันสามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต สังคม และประเทศชาติมากที่สุดตลอดเวลา คุณลักษณะที่ได้รับการพัฒนาเหล่านี้จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน การให้บริการผู้ป่วย และการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่เกิดจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อันจะเกิดประโยชน์และเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการสูงสุด รวมถึงส่งเสริมให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการทำงานและการใช้ชีวิตในโลกยุคปัจจุบันได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

คุณลักษณะ STIN ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 อยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะ STIN ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มุ่งศึกษาคุณลักษณะ STIN ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มาจากคุณลักษณะ STIN ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย⁶ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) จิตอาสา 2) พัฒนาก้าวไกล 3) หัวใจคุณธรรม 4) นำการพยาบาล 5) นักปฏิบัติเชิงรุก และ 6) สมรรถนะด้านการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบสาธารณภัย ซึ่งคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในแต่ละชั้นปีมีระดับสมรรถนะที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการพัฒนานักศึกษาแบบต่อเนื่องและต่อยอดจากประสบการณ์ในชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 เช่น ด้านจิตอาสา ชั้นปีที่ 1 มุ่งหวังให้นักศึกษารู้คุณค่าของจิตอาสา ชั้นปีที่ 2 ร่วมปฏิบัติกิจกรรมจิตอาสา ชั้นปีที่ 3 เป็นผู้นำในการปฏิบัติกิจกรรมจิตอาสา และชั้นปีที่ 4 เป็นผู้นำในการปฏิบัติกิจกรรมจิตอาสาที่มีการบูรณาการกับการบริการด้านสุขภาพหรือสาธารณภัย เป็นต้น คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาสถาบันพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรฐานการอุดมศึกษาด้านผลลัพธ์ผู้เรียน มาตรฐานผลการเรียนรู้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุงปี พ.ศ. 2560 วิสัยทัศน์ 10 ปีของสถาบัน และอัตลักษณ์บัณฑิต ข้อมูลคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาจะยังประโยชน์ให้สถาบันสามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและตรงกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต สังคม และประเทศชาติมากที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 208 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 201 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 205 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 205 คน รวมทั้งสิ้น 819 คน ผู้วิจัยไม่ได้ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากศึกษาจากประชากรทั้งหมด เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 สมัครใจและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ชั้นปีละ 30 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างขอเลิกหรือขอถอนตัวจากการศึกษาหรือขอถอนตัวจากการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในแต่ละชั้นปีดังนี้ ชั้นปีที่ 1 การตอบกลับจำนวน 175 จาก 178 คน คิดเป็นร้อยละ 98.31 ชั้นปีที่ 2 การตอบกลับจำนวน 169 จาก 171 คน คิดเป็นร้อยละ 98.83 ชั้นปีที่ 3 การตอบกลับจำนวน 170 จาก 175 คน คิดเป็นร้อยละ 97.14 และชั้นปีที่ 4 การตอบกลับจำนวน 172 จาก 175 คน คิดเป็นร้อยละ 98.29 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 686 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นลักษณะคำถามปลายปิด (Close questionnaires) แบ่งออกเป็น 4 ฉบับ จำแนกตามชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 44 ข้อ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 46 ข้อ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 46 ข้อ และชั้นปีที่ 4 จำนวน 59 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของศึกษาน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นของนักศึกษามากที่สุด และกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น⁷ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.20 ถึง 5.00 หมายถึง ผลการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.40 ถึง 4.19 หมายถึง ผลการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.60 ถึง 3.39 หมายถึง ผลการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.80 ถึง 2.59 หมายถึง ผลการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.79 หมายถึง ผลการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาหลักสูตรและการพยาบาลจำนวน 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามคุณลักษณะ STIN สำหรับนักศึกษาพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale content validity index: S-CVI) เท่ากับ 0.87 ชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 0.88 ชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 0.95 และชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีละ 30 คน มาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณลักษณะของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 0.96 ชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 0.97 ชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 0.98 และชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงอธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการทำวิจัยในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อกับนักศึกษาพยาบาลหัวหน้าชั้นปีเพื่อประสานงานและนัดหมายเพื่อขอเก็บข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยผ่านทางระบบออนไลน์และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาล

ศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย COA No. 02/2021 วันที่รับรอง 23 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม สามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หากรู้สึกไม่สบายใจหรือขอลอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 (n = 175)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์	Mean	SD	Sk	Ku	ระดับ
มีจิตอาสา	4.47	0.46	-0.60	-0.16	มากที่สุด
พัฒนาก้าวไกล	3.67	0.58	-0.16	0.24	มาก
หัวใจคุณธรรม	4.22	0.43	-0.24	-0.28	มากที่สุด
นำการพยาบาล	4.39	0.54	-0.48	-0.58	มากที่สุด
สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข	4.18	0.48	-0.11	-0.30	มาก
นักปฏิบัติเชิงรุก	4.17	0.51	0.01	-0.38	มาก
ภาพรวม	4.19	0.39	-0.08	-0.30	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.60 อายุเฉลี่ย 21.38 ปี ($SD = 1.34$) เกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ย 3.09 ($SD = 0.38$) เมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปีพบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.90 อายุเฉลี่ย 19.96 ปี ($SD = 0.69$) เกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ย 3.21 ($SD = 0.41$) กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.90 อายุเฉลี่ย 20.95 ปี ($SD = 1.05$) เกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ย 2.97 ($SD = 0.35$) กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.10 อายุเฉลี่ย 21.80 ปี ($SD = 0.75$) เกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ย 3.01 ($SD = 0.37$) และกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.70 อายุเฉลี่ย 21.38 ปี ($SD = 1.34$) เกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ย 3.09 ($SD = 0.38$)

2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล

มีจิตอาสา ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.46$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ พัฒนาก้าวไกล ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.58$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 (n = 169)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์	Mean	SD	Sk	Ku	ระดับ
มีจิตอาสา	4.19	0.68	-0.74	0.29	มาก
พัฒนาก้าวไกล	3.77	0.67	-0.09	-0.05	มาก
หัวใจคุณธรรม	4.07	0.63	-0.63	0.62	มาก
นำการพยาบาล	4.12	0.69	-0.53	-0.02	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข	4.04	0.63	-0.64	0.97	มาก
นักปฏิบัติเชิงรุก	4.05	0.65	-0.55	0.76	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ด้อยโอกาส	4.05	0.62	-0.92	1.80	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	3.91	0.79	-0.56	0.15	มาก
ภาพรวม	3.99	0.79	-0.34	-0.46	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (X̄ = 3.99, SD = 0.79) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ มีจิตอาสา (X̄ = 4.19, SD = 0.68) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ พัฒนาก้าวไกล (X̄ = 3.77, SD = 0.67)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 (n = 170)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์	Mean	SD	Sk	Ku	ระดับ
มีจิตอาสา	3.60	0.65	-0.16	0.41	มาก
พัฒนาก้าวไกล	3.56	0.71	-0.62	3.39	มาก
หัวใจคุณธรรม	4.44	0.60	-3.29	19.13	มากที่สุด
นำการพยาบาล	4.30	0.71	-1.87	7.71	มากที่สุด
สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข	3.97	0.68	-1.41	6.80	มาก
นักปฏิบัติเชิงรุก	3.98	0.72	-1.12	4.54	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ด้อยโอกาส	4.03	0.72	-1.20	4.84	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	3.95	0.68	-1.17	5.64	มาก
ภาพรวม	4.00	0.59	-2.02	11.68	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (X̄ = 4.00, SD = 0.59) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ หัวใจคุณธรรม (X̄ = 4.44, SD = 0.60) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ พัฒนาก้าวไกล (X̄ = 3.56, SD = 0.71)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2563 (n = 172)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์	Mean	SD	Sk	Ku	ระดับ
มีจิตอาสา	3.75	0.66	-0.55	0.50	มาก
พัฒนาก้าวไกล	3.82	0.56	0.05	0.03	มาก
หัวใจคุณธรรม	4.41	0.59	-1.22	1.26	มากที่สุด
น่านการพยาบาล	4.16	0.56	-0.56	0.48	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข	4.00	0.57	-0.21	-0.07	มาก
นักปฏิบัติเชิงรุก	3.97	0.63	-0.24	-0.30	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ด้อยโอกาส	3.90	0.68	-0.45	0.42	มาก
สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	3.97	0.68	-0.52	0.09	มาก
ภาพรวม	4.02	0.51	-0.48	0.73	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ หัวใจคุณธรรม ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.59$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ มีจิตอาสา ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.66$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี โดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลทุกคนได้รับการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ผ่านกิจกรรมทั้งในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ซึ่งสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ได้ออกแบบให้แต่ละรายวิชาดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาให้นักศึกษาเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่สถาบันกำหนด รวมถึงสถาบันยังมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรทั้งที่สถาบันจัดให้นักศึกษา กิจกรรมที่จัดโดยสโมสรนักศึกษา รวมถึงกิจกรรมที่นักศึกษาแต่ละคนสร้างสรรค์ด้วยตนเอง โดยมีฐานแนวคิดการพัฒนาคุณลักษณะ STIN ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้นักศึกษารับรู้ว่ตนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในระดับมาก ทั้งนี้ยังไม่พบการศีกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลเหมือนการวิจัยในครั้งนี้ แต่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงคือ การศีกษา

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศีกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศีกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต⁸ ผลการศีกษาพบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะสูงที่สุด คล้ายคลึงกับการศีกษาคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตที่มีต่อบัณฑิตที่สำเร็จการศีกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์แห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่แสดงออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามแนวคิดมาตรฐานการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิสาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตระดับปริญญาตรี มีระดับผลการเรียนรู้ที่แสดงออกโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และคุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรมสูงสุด⁹ ซึ่งผลการศีกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยนี้คือ นักศีกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมาก และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากถึงมากที่สุดด้านหัวใจคุณธรรม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า นักศีกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ มีจิตอาสา ซึ่งเป็นความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม ทำให้เกิดความรูสึกปรารถนาที่จะช่วยเหลือสังคม ต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมและแก้ไขปัญหา โดยมีการ

รับรู้ถึงสิทธิของตนควบคู่ไปกับหน้าที่และความรับผิดชอบต่อส่วนรวมและสังคม สำนึกถึงพลังของตนเองที่สามารถร่วมแก้ไขปัญหาได้และลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา สถาบันการศึกษาสามารถจัดกิจกรรมในการพัฒนานักศึกษาทั้งในหลักสูตรและเสริมหลักสูตร¹⁰ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ตระหนักในคุณค่าของการมีจิตอาสาจึงดำเนินการเสริมสร้างจิตอาสาผ่านกิจกรรมทั้งในหลักสูตรและเสริมหลักสูตร รวมถึงบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาในด้านความมีจิตอาสา เช่น การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านจิตอาสาในรายวิชาต่าง ๆ อาทิ วิชาหลักการกาชาดและกฎหมายมนุษยธรรมระหว่างประเทศ วิชาความเป็นพลเมืองโลกบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง วิชาการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดสร้างสรรค์ รวมถึงการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล การจัดโครงการหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น โครงการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ กิจกรรมสร้างคุณค่าและปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสาและความเป็นพยาบาลกาชาด และกิจกรรมสนับสนุนการเป็นผู้มีจิตอาสา เป็นต้น รวมทั้งมีสมุดบันทึกจิตอาสาและการสะท้อนคิดจากการทำกิจกรรมด้านจิตอาสา ซึ่งเป็นระบบและกลไกสำคัญที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านจิตอาสมากที่สุด

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด ได้แก่ หัวใจคุณธรรม สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรมสูงที่สุด¹¹ การที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากที่สุด เนื่องด้วยหลักสูตรมีการกำหนดรายวิชาให้ใช้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกลุ่มวิชาชีพ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ถึงชั้นปีที่ 4 เพื่อฝึกการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทั้งความเสี่ยงทางจริยธรรมและปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม รวมทั้งดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีคุณธรรมและจริยธรรม เช่น ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ การย้าเตือนไม่ให้คัดลอกหรือนำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง ไม่ทุจริตในการสอบ ไม่เซ็นชื่อแทนผู้อื่น คำนึงถึงเหตุและผลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ และรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง มีการประเมินนักศึกษาในประเด็น

เหล่านี้ในทุกรายวิชา และมีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรม รวมทั้งการเก็บประสบการณ์การเรียนรู้ในประเด็นทางจริยธรรมครอบคลุมทุกหลักจริยธรรม (Ethical principle) ในทุกรายวิชาภาคปฏิบัติ และมีเกณฑ์ตัวชี้วัดเชิงจริยธรรมในแบบประเมินภาคปฏิบัติ จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลได้รับการปลูกฝังให้ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความซื่อสัตย์ มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความเป็นวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญจำเป็นของนักศึกษาพยาบาล¹¹ นักศึกษาต้องดูแลเอาใจใส่ แสดงความห่วงใยผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอด้วยความเต็มใจ คำนึงถึงการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์และไม่เกิดโทษต่อผู้รับบริการและปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ อีกทั้งสถาบันยังมีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร อาทิ กิจกรรมก้าวแรกสู่วิชาชีพที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักมนุษยธรรมและจริยธรรม กิจกรรมธรรมะนำใจ กิจกรรมคนดี คนเก่ง มีความสุข เป็นต้น จากระบบและกลไกดังกล่าวทำให้นักศึกษามีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านหัวใจคุณธรรมในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยในนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีพฤติกรรมด้านคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพในระดับมากถึงมากที่สุด^{9,12}

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุดคือ พัฒนาก้าวไกล เมื่อวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษมีค่าคะแนนต่ำสุด เช่น สามารถใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวันกับชาวต่างชาติ สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้พื้นฐานภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่มีนักศึกษาระบุบรรลุน้อยมากที่สุด¹² ปัญหาด้านการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษเป็นปัญหาสำคัญของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากภาษาอังกฤษไม่ใช่ภาษาประจำชาติ การสื่อสารภาษาอังกฤษจำเป็นต้องมีการฝึกฝนอย่างเป็นประจำ จึงจะทำให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงธรรมชาติของนักศึกษาพยาบาลไทยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับชาวต่างชาติ เพราะกลัวจะสื่อสารไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจ ทำให้นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะภาษาอังกฤษ¹³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์

โควิด 19 การมีปฏิสัมพันธ์กับชาวต่างชาติและผู้ป่วยลดลงอย่างมาก ดังนั้นจึงทำให้นักศึกษามีการรับรู้ว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านพัฒนาการก้าวไกลน้อยกว่าด้านอื่น ๆ

สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์น้อยที่สุด ได้แก่ มีจิตอาสา เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลในระดับชั้นที่สูงขึ้นจะมีโอกาสทำกิจกรรมจิตอาสาในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นผู้ด้อยโอกาส ผู้ประสบภัยประชาชนและสังคมพหุวัฒนธรรมได้น้อยลง เนื่องมาจากมีการจัดการเรียนการสอนที่เข้มข้นทั้งการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและการเรียนทฤษฎีในชั้นเรียน รวมถึงการเตรียมตัวเพื่อสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำกิจกรรมจิตอาสา ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้นักศึกษาไม่ได้ทำกิจกรรมจิตอาสา อาทิ กิจกรรมจิตอาสาที่พาน้องทำ กิจกรรมสนับสนุนการเป็นผู้มีจิตอาสา กิจกรรมบูรณาการงานจิตอาสากับการบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข เป็นต้น นักศึกษาจึงมีความเห็นว่าตนเองมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านจิตอาसान้อย ไม่บรรลุเป้าหมายของการเป็นผู้มีจิตอาสาตามแผนการพัฒนาคุณลักษณะ STIN ได้กำหนดไว้ แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณลักษณะด้านจิตอาสาจะเป็นด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนในด้านนี้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมจิตอาสาของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ที่พบว่า พฤติกรรมจิตอาสาโดยรวมและในรายด้านอยู่ในระดับสูง¹⁴

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาให้นักศึกษามีคุณลักษณะที่โดดเด่น โดยเฉพาะคุณลักษณะด้านพัฒนาการก้าวไกลและมีจิตอาสา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของสังคมและประเทศชาติในปัจจุบัน คุณลักษณะที่ได้รับการพัฒนาเหล่านี้จะเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการทำงานและการใช้ชีวิตในโลกยุคปัจจุบันได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีโดยรวมอยู่ในระดับมากแล้วนั้น แต่ยังพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ด้านพัฒนาการก้าวไกลและด้านจิตอาสาเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ในปีการศึกษาต่อไป หลักสูตรควร

ดำเนินการมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลด้านพัฒนาการก้าวไกลและมีจิตอาสาให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การพัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งกิจกรรมในหลักสูตรและเสริมหลักสูตร การจัดกิจกรรมสื่อสารกับชาวต่างชาติ การสร้างรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนได้รวดเร็วเท่าทันสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง และจัดสรรเวลาให้นักศึกษาได้สร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมจิตอาสาเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษาที่เสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์

2. ควรศึกษาวิจัยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลในมุมมองของอาจารย์พยาบาล ผู้ใช้บัณฑิตเพิ่มเติม เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล

3. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินกองทุนด้านการวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และทุนอุดหนุนการวิจัยจากทุนส่งเสริมหัวหน้าโครงการวิจัยและนวัตกรรมรุ่นใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2564 ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

References

1. Serdyukov P. Innovation in education: what works, what doesn't, and what to do about it? Journal of Research in Innovative Teaching & Learning. 2017;10(1):4-33.

2. Government Gazette. Higher education act, B.E. 2562. In. Vol 1362019:54-78. (in Thai)
3. Kittiboonthawal P, Siriwanij W, Ubolwan K, Maneechot M. Stakeholders' opinion on the desired characteristics of nursing school graduates and factors concerning nursing curriculum development in Thailand. Asian Journal for Public Opinion. Research. 2018; 5(4):319-45.
4. Aliafsari Mamaghani E, Rahmani A, Hassankhani H, et al. Effective characteristics of Iranian nursing students in their relationship with clinical nurses. Journal of Caring Sciences. 2019;8(3): 173-79.
5. Thangkratok P, Cheevakasemsook A, Angsuchoti S. A confirmatory factor analysis of digital competency of Thai professional nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):276-85. (in Thai)
6. Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. (2018). Enhancing the STIN characteristics plan. Bangkok: Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. (in Thai)
7. Silanoi L. The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University. 2019;8(15): 112-26. (in Thai)
8. Dhabdhimsri V, Kemkhan P, Vanich W, Huengwattanakul P. The desired characteristics of graduate for Thailand Qualifications Framework and identities of graduates in bachelor of nursing science program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok as perceived by their supervisors. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2019;35(1):252-63. (in Thai)
9. Phumkokrux S, Sukonthasarn A, Wongwiriya P, A, Liewtrakul T, Nakhapa W. Desired characteristics of graduates from faculty of nursing, Chiang Mai University as perceived by their supervisors/ employers. Nursing Journal. 2016;43:151-61. (in Thai)
10. Phooriwiththayatheera K. Development of public mind in nursing students. Journal of Health Research and Innovation. 2018;1(2):54-69. (in Thai)
11. Devine CA, Chin ED. Integrity in nursing students: a concept analysis. Nurse Education Today. 2018; 60:133-38.
12. Thadakant S, Phugsachart P. Formatively assessing expected learning outcomes of undergraduate nursing students enrolling Ramathibodi Nursing curriculum developed using Asian University Network-Quality Assurance (AUN-QA) criteria. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2):158-367. (in Thai)
13. Kunkla S, Purivittayatheera K. Developing english competency in nursing students. Ramathibodi Nursing Journal. 2016;22(2):123-33. (in Thai)
14. Chonsawat C, Chotwattanakulchai N, Theerapithayanon S. Factors related to volunteer spirit behavior among nursing students at Bangkokthonburi University. Thai Journal of Nursing. 2020;69(2): 1-10. (in Thai)

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) Competencies of Thai Nurse Instructors in the Next Decade (A.D. 2023-2032)

ทินกร บัวชู¹ ประภาพร เมืองแก้ว*² กมลทิพย์ ใจมาคำ¹

Thinnakorn Buachu¹ Prapaporn Muangkaew*² Kamontip Chaimakham¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

¹Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand, 65000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53000

²Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand, 53000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) เป็นการวิจัยเชิงอนาคต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากการรวบรวมความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 17 คน แบ่งเป็นกลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏ 6 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดอื่น ๆ 5 คน กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล 3 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สร้างแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลย่อย ๆ ในแต่ละองค์ประกอบ ขั้นตอนที่ 3 นำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นอีกครั้ง แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) มีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน และองค์ประกอบย่อย จำนวน 41 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะ จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านทักษะทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และ 3) ด้านความรู้ความสามารถ จำนวน 16 ข้อ โดยพบว่าทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.00 ขึ้นไป และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 5.87 ซึ่งผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้กำหนดเป็นนโยบายและจัดอบรมพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้มีสมรรถนะดังกล่าว

คำสำคัญ: สมรรถนะ, อาจารย์พยาบาล, ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)

Abstract

This research aimed to study the competencies of Thai nurse instructors in the next decade (A.D. 2023–2032). It was based on future research using the Delphi technique, from the collection of opinions of 17 nursing instructors and professional nurses with knowledge and experience. They were divided into six nursing instructors from Rajabhat University, five nursing instructors from other affiliates, three nursing administrators, and three professional nurses. The research process consisted of three steps: Step 1: Interview experts. Using a semi-structured questionnaire, the second step was to analyze the content data and construct a questionnaire to allow experts to comment on the importance of the sub-component nurse competency.

Corresponding Author: *Email: prapaporn.m@psru.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 พ.ย. 2565

Step 3: Use expert opinions to calculate the median and interquartile ranges, and then reconfirm the opinions with the experts. The data was then computed for the median and interquartile ranges to draw conclusions from the research.

The results showed the competencies of Thai nurses in the next decade (A.D. 2023–2032) consisted of 3 components and 41 sub-components, namely: 1) 15 attributes, 2) 10 soft skills, and 3) hard skills. There were 16 items of hard skills and competence. It was found that all items had a median of 4.00 or higher, and the group of experts had the same opinion. The interquartile range was not more than 1.00, and the data was changed by 5.87%. The results of this research can be used by the administrators of nursing institutions to formulate policies and provide training to develop nursing instructors to have such competencies.

Keywords: Competency, Nurse instructor, Next decade (a.d. 2023- 2032)

บทนำ

ปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเกิดจาก ภาวะช็อกจากการเปลี่ยนผ่าน (Transition to academic shock) สู่การเป็นอาจารย์ การเริ่มต้นใหม่ในบทบาท ภาวะอารมณ์สูญเสีย และเศร้าโศก และรากฐานที่แท้จริงของการเป็นอาจารย์พยาบาล¹ อีกทั้งความรู้ในเนื้อหาที่สอน (Pedagogical content knowledge) ของอาจารย์พยาบาลใหม่ที่ต้องข้ามผ่านจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงหรือพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสู่การเป็นอาจารย์พยาบาล หากขาดการเตรียมการสอนที่ดี อาจเกิดอุปสรรคความคับข้องใจและปัญหาในการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล² รวมทั้งขาดความมั่นใจในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการปฏิบัติทางคลินิกและขาดการส่งเสริมกระบวนการคิดจากสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในคลินิกให้กับผู้เรียน³ ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลใหม่ ปัจจัยที่สนับสนุนในช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญได้แก่ โปรแกรมการปฐมนิเทศ ระบบอาจารย์พี่เลี้ยง และการสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับความคาดหวังในบทบาทอาจารย์⁴ และปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลในแอฟริกาใต้คือ สภาพแวดล้อมในการทำงานเชิงบวก การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กรที่มีความรู้ทักษะ และภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ⁵ หากอาจารย์พยาบาลมีสมรรถนะความสามารถสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาในศตวรรษที่ 21 จะส่งผลให้องค์กรและการจัดการศึกษาพยาบาลในอนาคตมีคุณภาพ และบัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะสูงกว่ามาตรฐานวิชาชีพตามความคาดหวังจากสังคม⁶

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลด้านการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันพบว่า อาจารย์พยาบาลควรมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์จัดการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ผ่านกระบวนการกลุ่มมากกว่าการสอนแบบบรรยาย⁷ และการจัดการศึกษาพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ทำให้เกิดระบบการศึกษาทางไกล (Distance education) การสอนภาคทฤษฎีและภาคทดลองปฏิบัติผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลลดลง⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการศึกษาพยาบาลในคลินิกที่มีสภาพแวดล้อมในคลินิกเชิงบวกยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างประสบการณ์การสอนที่ดีและเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้กับอาจารย์พยาบาลอีกด้วย⁹ ส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีของนักศึกษาพยาบาลซึ่งเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ในคลินิก และจากการศึกษายังพบว่า สมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสมรรถนะการสอนของอาจารย์พยาบาลในคลินิกขาดการประเมินที่มีประสิทธิภาพและไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมิน¹⁰ นอกจากนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาจารย์พยาบาลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสอนทางคลินิกกับพฤติกรรมการดูแลและความมุ่งมั่นในการทำงานพบว่า คุณลักษณะและความสามารถในการสอนทางคลินิกของอาจารย์พยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลจบใหม่มีพฤติกรรมการบริการพยาบาลที่ดีและมีความมุ่งมั่นในการทำงาน¹¹ รวมทั้งความรู้ความสามารถของอาจารย์พยาบาลทางคลินิกในการมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของนักศึกษาพยาบาล ยังต้องพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ทักษะการปฏิบัติและสภาพแวดล้อมทางคลินิกอีกด้วย¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นอาจารย์พยาบาล สมรรถนะและความสามารถตามความคาดหวังของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่สอดคล้องกับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล

- ด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่
- ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการนำไปใช้
- ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
- ด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์
- ด้านการสื่อสาร ความร่วมมือ และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- ด้านกฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ
- ด้านการติดตามและประเมินผล
- ด้านการจัดการและภาวะผู้นำ

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทย ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)

- ด้านคุณลักษณะ
- ด้านทักษะทางสังคม
- ด้านความรู้ความสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคต (future research) ประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิด มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) คำถามที่ใช้มี 1 ข้อ ดังนี้ “จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) ควรมีสมรรถนะอะไรบ้าง” โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการสอนและการปฏิบัติการพยาบาลในสถานพยาบาล ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอาจารย์พยาบาล ดังนี้ 1. มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) โดยการวิจัยเชิงทำนายอนาคต เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทยในอนาคต และองค์ความรู้ที่ได้จะมีผลต่อนโยบายในการจัดการศึกษาและพัฒนาอาจารย์พยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)

ไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 3. มีประสบการณ์ด้านการสอนในสถานบันการศึกษามาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย 1) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏ 6 คน 2) กลุ่มอาจารย์พยาบาลสังกัดอื่น ๆ 5 คน และทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนี้ 1. มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือมีประสบการณ์ด้านการบริหารในสถานพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล 3 คน และ 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 คน รวมจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 17 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปจะพบว่าระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก¹³

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน มาวิเคราะห์แก่นสาระของข้อมูล (thematic analysis) และสร้างแบบสอบถามประมาณค่า

5 ระดับ ประกอบด้วยสมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทย 3 ด้าน จำนวน 41 ข้อ ก่อนส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คนแสดงความคิดเห็นถึงระดับความสำคัญของข้อคำถามรายข้อซึ่งเป็นสมรรถนะย่อยในแต่ละองค์ประกอบ หลังจากนั้นตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยจากการวิเคราะห์ค่าสถิติเพื่อนำเสนอข้อมูลกลับคืน วิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.00 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.00

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมผลการคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นรายข้อจากขั้นตอนที่ 2 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 17 คน อีกครั้งเพื่อยืนยันคำตอบ โดยการส่งแบบสอบถามทางอีเมลและแอปพลิเคชันออนไลน์ จากนั้นติดตามนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความคงที่ของระดับฉันทามติ พิจารณาจากค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.0 ขึ้นไป โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.00 และพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 5.87 ซึ่งไม่เก็ยร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁴

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร (Regional Research Ethics Committee: RREC) แบบเร่งรัด (expedited) COA No. 027/2022 เมื่อวันที่ 4

เมษายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครของโครงการวิจัย (information sheet for research participant) หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดขั้นตอนทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) มีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน และเมืองค์ประกอบย่อย จำนวน 41 ข้อรายการ ดังนี้

1. ด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 15 ข้อรายการ
 2. ด้านทักษะทางสังคม ประกอบด้วย ทักษะย่อย จำนวน 10 ข้อรายการ
 3. ด้านความรู้ความสามารถ ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถย่อย จำนวน 16 ข้อรายการ
- ทั้งนี้พบว่าสมรรถนะย่อย จำนวน 39 ข้อรายการ มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด และมีสมรรถนะย่อย จำนวน 2 ข้อรายการ มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ในตาราง 1-3

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านคุณลักษณะ

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านคุณลักษณะ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. มีจริยธรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
2. รักสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีสุขภาพจิตดี มีทัศนคติในเชิงบวก	5.00	0.00	มากที่สุด
4. มีวิสัยทัศน์ มองการณ์ไกลรอบด้านทั้งภาพกว้างของการจัดการศึกษาและเชิงลึกทางการศึกษาพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
5. รู้เท่าทันดิจิทัลและสื่อ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. รู้เท่าทันต่อองค์ความรู้ที่ล้นไหล	5.00	0.00	มากที่สุด
7. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและผู้เรียน	5.00	0.00	มากที่สุด
8. เข้าใจธรรมชาติของผู้เรียน	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านคุณลักษณะ (ต่อ)

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านคุณลักษณะ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
9. หมั่นรอบตัวผู้เรียนด้วยความเข้าใจ	5.00	0.00	มากที่สุด
10. เป็นกันเอง เข้าถึงง่าย	5.00	1.00	มากที่สุด
11. เป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วย	5.00	0.00	มากที่สุด
12. เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อความคิดในการพัฒนานวัตกรรม	5.00	1.00	มากที่สุด
13. มีศาสตร์และศิลป์การสอนทางการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
14. มีค่านิยมในความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	5.00	1.00	มากที่สุด
15. ติดตามสถานการณ์ของโลกภายนอกที่มีการเปลี่ยนแปลงและ วิเคราะห์ผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางพบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วย คุณลักษณะย่อย จำนวน 15 ข้อรายการ ซึ่งข้อรายการส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md=5, IR=0.00) ส่วนคุณลักษณะความเป็นกันเอง เข้าถึงง่าย เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อความคิดในการพัฒนานวัตกรรม และมีค่านิยมในความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 5, IR = 1.00)

ตาราง 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านทักษะทางสังคม

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านทักษะทางสังคม	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. มีพฤติกรรมเชิงบวกในการแสดงออกทางโลกออนไลน์	5.00	1.00	มากที่สุด
2. เป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางความคิดเชิงบวก ในพื้นที่สาธารณะหรือสื่อสังคมออนไลน์	5.00	0.00	มากที่สุด
3. ลดอิทธิพลการครอบงำทางความคิดผู้เรียน กระตุ้นการคิดอย่างมีเหตุมีผล	5.00	0.00	มากที่สุด
4. ใช้คำพูดเชิงบวกนิเทศผู้เรียนเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์	5.00	0.00	มากที่สุด
5. ทำให้ผู้เรียนเห็นภาพตัวเองจากมุมมองภายนอกที่หลากหลายรอบด้าน	5.00	1.00	มากที่สุด
6. แสดงออกถึงบทบาทสมมติและการเสมือน เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวผู้เรียน	5.00	1.00	มากที่สุด
7. มีสัมพันธภาพที่ดี ได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึก ทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
8. มีทักษะการทำงานเป็นทีม สนับสนุนซึ่งกันและกันในการพัฒนางานวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด
9. มีทักษะการทำงานที่หลากหลาย	5.00	0.00	มากที่สุด
10. มีทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่นำไปสู่การพัฒนางานและวิชาชีพ	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางพบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านทักษะทางสังคม ประกอบด้วย ทักษะย่อย จำนวน 10 ข้อ รายการ ซึ่งข้อรายการส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 5, IR = 0.00) ส่วนทักษะทางสังคม การมีพฤติกรรมเชิงบวกในการแสดงออกทางโลกออนไลน์ ทำให้ผู้เรียน เห็นภาพตัวเองจากมุมมองภายนอกที่หลากหลายรอบด้าน และการแสดงออกถึงบทบาทสมมติและการเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวผู้เรียน มีระดับความสำคัญมากที่สุด (Md = 5, IR = 1.00)

ตาราง 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านความรู้ความสามารถ

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ด้านความรู้ความสามารถ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. มีความรู้ด้านการเป็นผู้ประกอบการ	4.00	1.00	มาก
2. มีความรู้ด้านกฎหมายทางการแพทย์	4.00	1.00	มาก
3. มีทักษะการสอนข้ามวัฒนธรรม	5.00	1.00	มากที่สุด
4. มีดุลยภาพระหว่างความรู้กับทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในคลินิก	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีความสามารถในการประสานแหล่งฝึกกลุ่มผู้ประกอบการด้านสุขภาพ ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
7. มีความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ เช่น เศรษฐศาสตร์สุขภาพ วิศวกรรมทางการแพทย์ เป็นต้น	5.00	1.00	มากที่สุด
8. มีความสามารถในการบูรณาการกับศาสตร์อื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมกิจกรรม การพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ	5.00	1.00	มากที่สุด
9. มีความสามารถในการสังเคราะห์องค์ความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์การพยาบาลเพื่อพัฒนาวิทยาการความรู้ทางการพยาบาลเชิงวิชาการที่ทันสมัย	5.00	0.00	มากที่สุด
10. มีความสามารถในการใช้กระบวนการวิจัยเพื่อสร้างศาสตร์ การพยาบาลใหม่แบบบูรณาการ ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาแบบองค์รวม	5.00	0.00	มากที่สุด
11. มีความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศเชิงวิชาการ	5.00	1.00	มากที่สุด
12. มีความสามารถในการบริหารจัดการการศึกษาพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
13. มีความสามารถในการดึงศักยภาพของผู้เรียนให้สามารถคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้	5.00	0.00	มากที่สุด
14. มีความสามารถในการออกแบบและพัฒนา ระบบนิเวศการเรียนรู้ด้วยดิจิทัล	5.00	1.00	มากที่สุด
15. มีความสามารถในการสร้างบทเรียนหรือเขียนสถานการณ์จำลอง ในหอผู้ป่วยเฉพาะทางร่วมกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อเสริมการเรียนรู้ ของผู้เรียนในภาคฝึกปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
16. มีความสามารถในการสร้างสภาพแวดล้อมของโลก แห่งความเป็นจริงและเทคโนโลยีทางการศึกษา เพื่อจัดการเรียนการสอนในโลกเสมือนจริง	5.00	1.00	มากที่สุด

จากตารางพบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลด้านความรู้ความสามารถ ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถย่อย จำนวน 16 ข้อรายการ ซึ่งข้อรายการส่วนใหญ่มีระดับความสำคัญมากที่สุด ($Md = 5$, $IR = 0.00$) ส่วนความรู้ในการเป็นผู้ประกอบการและกฎหมายทางการแพทย์ มีระดับความสำคัญมาก ($Md = 4$, $IR = 1.00$)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575) มีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้าน และมีองค์ประกอบย่อย จำนวน 41 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะ จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านทักษะทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และ 3) ด้านความรู้ความสามารถ จำนวน 16 ข้อ โดยพบว่าทุกข้อรายการมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.00 ขึ้นไป และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 5.87 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลไทยในอนาคต สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นของคณาจารย์ในภาคอนาคต เนื่องจากความแตกต่างระหว่างวัย (Generation) ของอาจารย์พยาบาล ย่อมมีอิทธิพลต่อกันทางความคิด ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ความรู้ความสามารถ ค่านิยมและวิธีการทำงาน ตลอดจนต้องอาศัยทักษะใหม่ ๆ อันหลากหลาย เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง¹⁵ สำหรับคุณลักษณะของอาจารย์พยาบาลในอนาคต ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์พยาบาลควรรู้เท่าทันอารมณ์ทั้งของตนเอง และผู้เรียน เข้าใจธรรมชาติของผู้เรียน และหมุนรอบตัวผู้เรียนด้วยความเข้าใจ สอดคล้องกับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลราชภัฏในอนาคตที่ต้องเข้าใจธรรมชาติและยอมรับความแตกต่างของผู้เรียนในยุคดิจิทัลด้วย¹⁶

สำหรับทักษะทางสังคมของอาจารย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดี การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการพัฒนาวิชาชีพ และการทำงานร่วมกับผู้อื่นจะนำไปสู่การพัฒนางานและวิชาชีพ สอดคล้องกับสมรรถนะด้านการสื่อสาร ความร่วมมือและการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน¹⁷ ทั้งนี้อาจารย์พยาบาลจะต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ทีมการพยาบาลรวมทั้งแหล่งฝึกในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้ประกอบการด้านสุขภาพในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และทักษะการกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดอย่างมีเหตุผลมีผลและการใช้คำพูดเชิงบวกกับนิเทศผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเห็นภาพตัวเอง

จากมุมมองภายนอกที่หลากหลายรอบด้านซึ่งสอดคล้องกับทักษะทางการศึกษาของอาจารย์พยาบาลในระดับอุดมศึกษาอีกด้วย¹⁸

นอกจากนี้ สมรรถนะด้านความรู้ความสามารถของอาจารย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ควรมีสมรรถนะหลักและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในคลินิก สอดคล้องกับสมรรถนะด้านการสอนในคลินิกและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่หลากหลายในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹ และสมรรถนะด้านการสอนยังพบว่า อาจารย์พยาบาลควรมีสมรรถนะในการออกแบบและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้วยดิจิทัล สามารถสร้างสภาพแวดล้อมของโลกแห่งความเป็นจริงและเทคโนโลยีทางการศึกษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องมีสมรรถนะในการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์²⁰ ที่เป็นการเรียนการสอนทางการพยาบาลในโลกเสมือนจริง ทั้งยังสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่เป็นการเชื่อมต่อความรู้ผ่านแพลตฟอร์มและเทคโนโลยีการสื่อสารในรูปแบบใหม่ ๆ²¹ และยังสอดคล้องกับความสามารถในการใช้กระบวนการวิจัยพัฒนาการเรียนการสอน เช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อบำรุงศักยภาพของผู้เรียนให้สามารถคิดวิเคราะห์ และสามารถสร้างกรอบความคิดใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาได้อีกด้วย²²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้มีสมรรถนะในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)
2. สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้มีสมรรถนะในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ผลการวิจัยมาจากความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อยืนยันผลการวิจัย ควรทำการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis) เพื่อยืนยันถึงสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2566-2575)

References

1. Brower E, Nemec R, Ritchie H, Nicastro O. A qualitative exploration of self-identity during the role transition to a nurse educator. *Nurse Education Today*. 2022; 112(2022): 105331.
2. Crider C. Pedagogical content knowledge for nurse educators: an intersection of disciplines. *Teaching and Learning in Nursing*. 2022; 17(3): 1-6.
3. Sebach AM. Psychometric testing of a tool assessing nurse practitioner clinical educator competence. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2022; 18(2022): 217-20.
4. Summers JA. Developing competencies in the novice nurse educator: an integrative review. *Teaching and Learning in Nursing*. 2017; 12(4): 263-76.
5. Bence AF, Coetzee SK, Klopper HC, Ellis SM. The association between the practice environment and selected nurse educator outcomes in public nursing education institutions: a cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*. 2022; 58(2022): 103261.
6. Buachu T, Phutiariyawat J, Wichitputchraporn W. Exploratory factor analysis: a component of competency for improving competitiveness in the 21st century of the Rajabhat University's nursing instructors. *Journal of The Police Nurses*. 2021; 13(1):123-35. (in Thai).
7. Bristol T, Hagler D, Bohler JM, Wermers R, Hatch D, Oermann MH. Nurse educators' use of lecture and active learning. *Teaching and Learning in Nursing*. 2019; 14(2): 94-6.
8. Eycan O, Ulupinar S. Nurse instructors' perception towards distance education during the pandemic. *Nurse Education Today*. 2021; 107(2021): 105102.
9. Hababeh MO, Lalithabai DS. Nurse trainees' perception of effective clinical instructor characteristics. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020; 7(2020): 285-90.
10. Leighton K, McNelis A, Edgren SK. The competency of clinical nurse educators. *Journal of Professional Nursing*. 2022; 43(2022): 1-4.
11. Widiyaningsih T, Yetti K, Kuntarti K. The competency of clinical instructors as it relates to the caring behavior of new nurses. *Enfermeria Clinica*. 2019; 29(Supplement): 815-19.
12. Mella AJ. An integrative literature review on selecting patient assignments for undergraduate nursing students in the clinical setting. *Nurse Education Today*. 2021; 107(2021): 105103.
13. Srisatidharakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U&I Inter Media Co., Ltd; 2010. (in Thai).
14. Linestone HA, Turoff M. The delphi method, techniques and application. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing; 1975.
15. Sanpayao K, Totest I, Wongwatthanaphong K. Skills needed by government workers in the future world. *Journal of Administration and Social Science Review*. 2022; 5(3): 131-40.
16. Buachu T, Sirirat N, Muangkaew P. The scenario of nursing curriculum in the next decade (a.d. 2020-2029), Rajabhat University in Thailand. *Journal of The Police Nurses*. 2020; 12(2): 301-10. (in Thai).
17. Sarakettrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: competencies and roles of nursing instructors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(1): 12-20. (in Thai).

18. Cayir A, Ulupinar S. The relationship among educational skills, general self-efficacy perceptions and performance in nursing instructors. *Nurse Education Today*. 2021; 107(2021): 105129.
19. Ye J, Tao W, Yang L, Xu Y, Zhou N, Wang J. Developing core competencies for clinical nurse educators: an e-delphi-study. *Nurse Education Today*. 2022; 109(2022): 105217.
20. Buachu T, Sirirat N, Noimorkunladech N, Muangkaew P. Disruptive change in nursing education: from the situation of the spread of the coronavirus disease 2019 to online learning. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(2): 1-9. (in Thai).
21. Buachu T. A study of the opinion of teaching and learning models of undergraduate nursing curriculum, Phetchaburi Rajabhat University in the 21st century. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30(3): 26-37. (in Thai).
22. Buachu T, Soiphet N, Muangkaew P, Chomphunit P, Chayathab S. Transformative learning: apply to nursing administration and management subject. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(3): 20-8. (in Thai).

ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effect of Health Literacy on Smoking Cessation Aid Program (HLSCAP)
on Health Literacy and Perceived Skills in Helping Smoking Cessation among
Village Health Volunteers

กมลภ ธนอมสัต์¹ สุภรสมิ วิเชียรตันท¹ ละองดาว วรรณฤทธิ์² ณภัทรชนม์ มีสุขมาก²

Kamollabhu Thanomsat¹ Supparat Wichentant¹ La-Ongdao Wannarit² Naphatchon Meesukmak²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จ.นครปฐม 73000

¹Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Muang, Nakhon Pathom, Thailand 73000

²วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพฯ ฯ ประเทศไทย 10220

²Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย จำนวน 48 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการช่วยเลิกบุหรี่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการรับรู้ทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ทักษะใน อสม. เพื่อนำไปใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ทักษะ; โปรแกรมการเลิกบุหรี่; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of health literacy on a smoking cessation aid program (HLSCAP) on health literacy and skill in helping smoking cessation among Village Health Volunteers (VHVs) in Muang Nakhon Pathom, Thailand. The samples were 48 VHVs by simple randomly selected. Research instruments comprised the Health Literacy Questionnaire (HLQ) and the Perceived Skills in Helping Smoking Cessation (PSSC). The data were analyzed using percentage means, standard deviations, and Dependent paired t-test.

The research findings showed that after the intervention, mean scores in knowledge and understanding, accessing health information, decision-making, communication, self-management, and media literacy, including perceived skills in helping smoking cessation, were significantly higher than before the intervention statistically ($p < .01$).

Nurses can apply the HLSCAP to promote health literacy and skill in assisting people with smoking cessation among VHVs, which can help increase smoking cessation.

Keywords: health literacy; skill; smoking cessation program; village health volunteers

Introduction

Nowadays, smoking is a global problem affecting health, society, and the economy. There are 1.3 billion smokers around the world, and 6 million people die from smoking every year, and it is estimated that there will be more deaths by 2030. Since many diseases caused by smoking are up to 8 million people yearly, 80.00% are in low-and middle-income countries. 22.3% of the global population used tobacco, 36.70% of all men, and 7.80% of women worldwide¹. In Thailand, there was a smoking rate of 20.70%, or 11.4 million people, in 2021².

Moreover, smoking is a significant risk factor for disease and causes health problems in males, and economic loss accounted for 0.50 percent of the gross domestic product³. The loss value covers medical expenses, directly and indirectly, resulting from losing the ability to earn an untimely death⁴. Therefore, if the number of smokers is reduced, it will decrease the risk of illness and deaths from diseases caused by smoking, as well as reduce economic losses at the person, family, and country levels.

Public health implementation in Thailand sets primary healthcare services as the most crucial priority because this level is closed to public healthcare. With the increasing demand for health care, more than 1 million village health volunteers (VHVs) have gotten involved in the primary health service level for groups of people in case of health promotion and illness prevention such as non-communicable diseases⁵. According to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHOF-CTC) policy, tobacco control in Thailand has therefore given importance to tobacco control at the primary health service level, which is implemented by nurses in sub-district health promotion hospitals together with the VHVs⁶. The group of healthy volunteers is spread in every village across the Thai country. They are closed to people at the local level. They are expected to help nurses implement health information, screening, and following up, which is a strong point in smoking control and public health care related to cigarettes. Suppose people are involved in promoting smoking cessation. In that case, they help screen and report smoker evidence in the

community, which induces smoking cessation programs to be more effective in assisting smokers in quitting sustainably⁷.

However, from past actions in helping quit smoking by VHVs, such as the Quit for King project, it was found that VHVs' knowledge and skills in helping to quit smoking are insufficient. As a result, the number of smokers did not successfully leave, presenting that the project did not reach its objectives^{7,8}. The demand for village health volunteers to help with smoking cessation has been increasing in the community; however, there are only a few studies of health literacy on smoking cessation among the VHVs. Therefore, this study aimed to study the effect of health literacy on a smoking cessation aid program on health literacy and perceived skills in helping smoking cessation among the VHV in Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, Thailand. The study's result will help increase the VHV's abilities by applying health literacy theories and knowledge to help smokers quit. The capabilities included knowledge and skills of information access, communication, decision-making skills in helping people quit smoking, social media literacy, and self-management in assisting smokers to quit smoking. Furthermore, this study's results can be used as a guideline to develop health literacy in VHVs to help quit smoking and create a smoke-free environment.

Objective

To study the effect of health literacy on a smoking cessation aid program on health literacy and perceived skills in helping smoking cessation among the VHV in Thailand.

Methodology

This was a quasi-experimental study with one group pretest-posttest design. The study samplings are the Village Health Volunteers (VHVs)

who live in a sub-district in Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, Thailand—a province that comprises the rural and urban areas. The sample size was determined using the sample computational formula using Power analysis by the G*Power program⁹. The significant values were determined at the .05 level, the power of test .80, and effect size 0.3¹⁰, a total of 48 subjects were selected by Multi-stage Random selection. Firstly, two villages from 8 villages in this subdistrict were selected using cluster sampling. Secondly, all VHVs who met the inclusion criteria were selected using sampling random sampling. Research sampling based on the inclusion criteria of the study was selected.

Inclusion criteria

1. Live and work in a research area
2. Have smokers in the area of responsibility
3. Able to read and write in the Thai language
4. No Smoking
5. At least 18 years of age

Exclusion criteria: Have an alcohol problem, leading to awareness of an evaluation of health literacy and perceived skills.

Ethical consideration

Ethics committee approval was obtained from the Ethical Review Committee for Research Involving Human Research Subjects, Nakhon Pathom Rajabhat University (COA No. 004/2020) on 25th February 2020. This approval also met the criteria of the local research governance requirements.

The Health Literacy on Smoking Cessation Aid Program (HLSCAP)

The researchers created the Health Literacy on Smoking Cessation Aid Program (HLSCAP) in helping to quit smoking among village health

volunteers. The HLSCAP consisted of 1) an activity plan to develop health knowledge in smoking cessation and 2) a smoking cessation guide for VHV. This program was created by the researchers using the application of Nutbeam's theory of health literacy¹¹. The HLSCAP illustrates knowledge, and understanding to quit smoking, information access, communication skills, and decision-making skills in helping to quit smoking, including mastery of social media literacy and self-management in helping to quit smoking. The HLSCAP was validated by three experts in smoking cessation areas and proof of the feasibility of the accuracy by 10 VHVs before application in this study.

Research instruments

1. The health literacy questionnaire in helping to quit smoking, which the researchers developed, consists of knowledge and understanding in helping to quit smoking, accessing health information, decision-making, communication, self-management, and media literacy. The knowledge and understanding in helping to quit smoking comprised ten questions with two options (yes or no). The VHVs get one score for a correct answer. The other constructs consisted of 5 questions, each with four rating scales ranging from "regularly practiced" to "never practiced." The interpretation of the results is four levels: very good (7.51-10.00), good (5.01-7.50), fair (2.51-5.0), and poor (0.00-2.50). This questionnaire was analyzed for its psychometric properties using the score content validity index from five-panel experts (S-CVI = 0.88). The scales' reliability was conducted using the Kuder- Richardson (KR-20) for the knowledge and understanding in helping to quit smoking and Cronbach's alpha coefficient for the others, which was 0.83.

2. The researchers developed the perceived skill in helping smoking cessation. The questionnaire

included questions asking participants how frequently they do activities in helping to quit smoking—the scale ranging from never practiced to regular practice. The interpretation of results is four levels: very good (3.01-4.00), good (2.00-3.01), fair (1.01-2.00), and poor (0.00-1.00). The questionnaire was also analyzed for its psychometric properties using the score content validity index from five-panel experts (S-CVI = 1.00), and Cronbach's alpha coefficient was 0.92.

Data Collection

After approval by the Human Research Ethics Committee, the researchers collected data by submitting a request for permission and asking for cooperation in collecting data from the leader of the Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, Thailand. Then the researchers clarified the research purpose, sample rights, and information before randomly selecting the sample according to the inclusion criteria. Next, the researcher met VHVs to introduce the researchers and provide information about the research benefits and confidentiality. The researchers randomized the subjects and then made an appointment to clarify the study and obtain informed consent. The researchers collected research data among VHVs, in Nakhon Pathom Province, Thailand, from October 2021 to January 2022. Research data were primarily collected using a pretest before the intervention, and then the posttest was conducted one month after the intervention.

Data Analysis

Research data were analyzed using SPSS program version 22. The research hypothesis was examined by using a Dependent paired t-test with a statistical significance of 0.05.

Results

Most study participants ranged in age from 35 to 39 years (66.67%) and from 40 to 59 years 33.33 %. Almost all are female (91.67%) and male 4%. Half of the sample completed primary school education (50%), and the rest graduated from

secondary and vocational school (41.67%) and bachelor's degrees (8.33%), respectively. 25% of the sample have more than ten years of working experience as a VHV, 41.67% have 6 to 10 years of experience, and 33.33% have 3 to 5-year-experience as VHV, respectively.

Table 1 The health literacy and perceived skill in helping smoking cessation analyzed by Dependent T-test statistic (n = 48)

Variables	Pretest	Posttest	t	df	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
Health Literacy					
Knowledge and understanding	5.15 (1.29)	7.38 (0.79)	10.17	47	<.01
Accessing health information	2.69 (0.47)	3.71 (0.46)	10.59	47	<.01
Decision-making	2.61 (0.57)	3.63 (0.49)	9.33	47	<.01
Communication	2.63 (0.53)	3.67 (0.48)	9.72	47	<.01
Self-management	2.65 (0.53)	3.65 (0.48)	9.70	47	<.01
Media literacy	2.71 (0.46)	3.71 (0.46)	11.20	47	<.01
Perceived skill in helping smoking cessation	2.71 (0.46)	3.79 (0.41)	11.08	47	<.01

From Table 1, it was found that after participating in the HLSCAP intervention, the research samples had health literacy on smoking cessation and perceived skill in helping smoking cessation significantly higher than before the intervention. By that, their knowledge and understanding, the skill of accessing health information, decision-making, communication, self-management, and media literacy, including perceived skills in helping smoking cessation, were statistically significant ($p < .01$).

Discussion

This study found that the HLSCAP affected the health literacy on smoking cessation and perceived skill in helping smoking cessation ($p < .01$). This study follows the conceptual framework of Nutbeam's health literacy¹² to encourage VHVs, who are essential personnel in primary health care systems. The VHVs

need to have knowledge, motivation, and the ability to understand and apply knowledge and health information to advise smokers to quit smoking⁸. Notably, the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) proposes this concept to help people take into account and make daily decisions about care⁵⁻⁷.

Participating in the program, the VHVs had higher mean scores on health literacy than before the program ($p < .01$). The samples have health literacy to help quit smoking at a good level ($\bar{X} = 7.38$, $SD = 0.79$). The program focused on building knowledge and understanding in helping to quit smoking, accessing health information, decision-making, communication skill, self-management, and media literacy. This result can be described as training activities in the program enabling the VHVs to develop health knowledge in helping to quit smoking. The HLSCAP provides the

VHVs with knowledge and understanding in helping to quit smoking by using the guideline, sharing experiences, and role play. The program offers a smoking cessation guide for VHVs. The procedure provides them with knowledge of helping to quit smoking. Information such as nicotine in cigarettes, substances in cigarettes that causes high levels of unhealthy cholesterol in the blood, and NCDs were addressed. Then they can understand and explain the process of helping to quit smoking. This finding is consistent with the previous study, which found that cognitive aids in smoking cessation help to quit smoking successfully^{13,14}.

The program provides the VHV's potential development in accessing information by searching and selecting data from reliable sources. There are many resources available to help quit smoking today. Searching for information in the community, the VHVs have various options to bring information related to smoking cessation to help smokers successfully individually. This finding is congruent with a previous study¹⁵ which found that Accessing information on smoking cessation aids increases the chances of successfully quitting smoking.

Communication skill is essential in helping to quit smoking. The program builds VHV's intention, confidence, and encouragement to generate information for smokers and families. The VHVs can link information on the health status and benefits of quitting smoking, including whether first and secondhand smoke is harmful to the smoker and others' health, and convince them to take action to stop smoking sincerely¹⁶. A role-play in the program creates communication skills to help to quit smoking successfully. The VHVs had a chance to share their experiences to help quit smoking in different areas. Sometimes, they miss information; role-playing in the program can help them find another way to approach and help their clients. This is consistent with the

previous study's finding that communication in smoking cessation aids is a crucial factor related to an increased likelihood of successful quitting¹⁷.

Decision-making skills help the VHVs appropriately decide to help quit smoking. They can access a unique problem and enable an individual analysis of the appropriate smoking cessation aid. In this study, the smoking situation was analyzed by smokers' home visits and lessons learned. The VHVs can find the motivation, attitudes, intention to quit, and home environment. Realizing all information, the VHVs have the self-confidence to decide how to help each smoker. This is consistent with a previous study, which indicated that decision-making skills could create smoking cessation appropriately and result in successful quitting¹⁸.

The VHVs' self-management is essential in helping to quit smoking. The program encourages the VHVs to find a way to manage themselves to seek new knowledge related to helping to quit smoking. They are able to set goals and plan for helping smokers. This is consistent with the previous findings, which presented that self-management in smoking cessation aids was to develop oneself with the knowledge and skills in helping to quit smoking. Then they can find the right way, increasing the chances of successfully quitting¹⁹.

The program provides the VHVs media literacy in helping to quit smoking. The program allows them to assess the data resources' validation and reliability before using the information in smoking cessation aid. Media literacy makes teaching and helping to quit smoking more effective by improving knowledge and trustworthy information about the smoking situation. This finding is consistent with the school-based media literacy curriculum study, which found that students who received smoking media literacy presented a more significant reduction in the perceived prevalence of smoking ($p < .001$)²⁰.

The program supports the VHV's skills to help convince smokers to have the intention to quit smoking by linking with relevant information. The VHVs help smokers increase confidence in acting by being prepared during and after smoking cessation and then encouraging them to prevent relapse. This finding is congruent with Brockman, Patten, and Lukowski's study, which indicated that skills for the support person needed to encourage their smoker covered main topics such as a rationale for quitting, the role of the support person; or reinforcing any progress smoker makes in the process of leaving can help smokers have ways to manage relapse and setback²¹.

This finding is also consistent with the previous studies, which found that skills in helping to quit smoking will result in suitable methods that will increase the chances of successful smoking cessation^{22,23}.

CONCLUSION

The HLSCAP is very helpful for the VHVs because they are closest to smokers in the community and can help smokers to stop smoking. The program can increase the VHVs' health literacy and perceived skills in assisting smoking cessation, which will lead them to have skills in helping to quit smoking compactly. As a result, enhancing knowledge in helping to quit smoking among VHVs, smokers were able to quit smoking successfully.

RECOMMENDATION

From the results of this research, the following recommendations are as follows:

1. Health personnel can use the HLSCAP to promote health literacy and perceived skills among VHVs to help them have health literacy levels up and can be used to encourage smoking cessation in a community.

2. Health care providers such as nurses should organize training workshops to educate and promote smoking cessation assistance to VHVs at least twice a year to help them earn knowledge and skills to help people in the community quit smoking continuously.

References

1. World Health Organization. Tobacco use falling: WHO urges countries to invest in helping more people to quit tobacco. 2021.
2. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 Health Behavior of Population Survey. Bangkok 2022. (in Thai)
3. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Tobacco and Lung Health. Bangkok 2019. (in Thai)
4. Bundhamcharoen K, Aungkulanon S, Makka N, Shibuya K. Economic burden from smoking-related diseases in Thailand. Tobacco Control. 2016;25(5):532-7.
5. Watanabe O, Chompikul C, Mongkolchat A, Pimpis N. Performances of village health volunteers in elderly care in Muang District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Journal of Public Health and Development. 2014;12(2):3-15. (in Thai)
6. World Health Organization. WHO Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. 2013.
7. Ruamsook T, Tipwong A, Vorasiha P. Predictors of helping behavior on smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram province. Thai Journal of Nursing. 2020;69(1): 10-8. (in Thai)

8. Thanomsat K. Effect of health literacy for smoking cessation assistance developing program on smoking cessation assistance abilities among village health volunteers. *Tobacco Induced Diseases*. 2021;19(1).
9. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Burlington: Academic Press; 2013.
10. O'Connor R, Muellers K, Arvanitis M, et al. Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: A prospective cohort study. *Respiratory Medicine*. 2019;160.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008; 67(12):2072-8.
12. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2021;42:159-73.
13. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal Of Public Health*. 2013; 103(7):e43-9.
14. Ruamsook T, Kalampakorn S, Rawiworakul T, Attharos T, Tipwong A, Dhiranathara N, Anucha C. Correlation between Health Literacy and Smoking Behavior among Students in Higher Education Institute, Bangkok metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):357-63. (in Thai)
15. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. Health literacy and smoking. *Journal of Research and Health*. 2018;8(1):1-2.
16. Hoover DS, Wetter DW, Vidrine DJ, et al. Enhancing smoking risk communications: the influence of health literacy and message content. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018;52(3):204-15.
17. Dülger S. The relationship between smoking cessation success and health literacy in patients given cognitive behavioral therapy and medical treatment. *Journal of Substance Use*. 2022:1-5.
18. Gunes NA, Gucuk S. The Effect of Health Literacy Levels on Successful of Smoking Cessation Therapy: A Survey Study. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2021;10(3):151-7.
19. Jeganathan C, Hosseinzadeh H. The role of health literacy on the self-management of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2020;17(3): 318-25.
20. Primack BA, Douglas EL, Land SR, Miller E, Fine MJ. Comparison of media literacy and usual education to prevent tobacco use: a cluster-randomized trial. *Journal of School Health*. 2014; 84(2):106-15.
21. Brockman TA, Patten CA, Lukowski A. Skill Sets for Family Members and Friends to Help Motivate a Smoker to Seek Treatment: Research to Practice. *Addiction Research & Theory*. 2018;26(6):525-32.
22. Hughes J, Smith LS, Garrett-Wright D. Brief intervention on nurses' knowledge and behavior regarding smoking cessation. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2018;34(5):257-62.
23. Rajae S, Holder T, Indes JE, et al. A pilot study of a standardized smoking cessation intervention for patients with vascular disease. *Annals of vascular surgery*. 2019;61:91-9.

การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก

Development of the Military Leadership Attribute Measurement of the Army Nursing Students

พรรณี ปานเทวัญ* เสาวณีย์ ทวีวานิชย์ แพนนี่ ตริวชีเยอร์

Pannee Pantaewan* Saowanee Taweevanich Panny Trivichian

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก ใช้กรอบแนวคิดลักษณะผู้นำทางทหาร 15 ประการของกองทัพไทย กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จากอดีตผู้บริหาร อาจารย์พยาบาลที่เคยปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ปกครอง และศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกที่เคยเป็นนักเรียนปกครองบังคับบัญชา รวมจำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและร่างเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร จำนวน 37 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา ปรับแก้ไขได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รุ่นที่ 53 จำนวน 35 คน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจากนักเรียนพยาบาลกองทัพบกทั้ง 4 ชั้นปี จำนวน 393 คน

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารมี 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.969 ค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.195-8.760 สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบทั้งหมดได้ร้อยละ 62.323 ดังนั้นแบบวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกและนักเรียนพยาบาลทหารของหน่วยงานอื่นได้

คำสำคัญ : เครื่องมือวัด คุณลักษณะผู้นำทางทหาร นักเรียนพยาบาลกองทัพบก

Abstract

This research aimed to develop the military leadership measurement of the Army Nursing students which applied the framework from the characteristics of the military leadership of Thai Armed Forces in 15 topics. Seventeen participants were selected by purposive sampling from the former of administrators, nursing instructors who ever worked at the Student Affairs Division and the Alumni who were the commander, company commander, platoon etc. Data were collected by focus group and indepth interview, analyzed by content analysis, and created the attributes and items of measurement. The measurement was examined by three experts for content validity and Cronbach's Alpha Coefficient was used to analyze the reliability from 35

army nursing students alumnae class 53. Exploratory factor analysis was done in 393 army nursing students.

The results of exploratory factor analysis revealed that the factors and attributes of the military leadership of army nursing students consisted of 6 factors with 31 items. The overall reliability by Cronbach's coefficient alpha was 0.969. The range of the Eigen values were between 1.195 and 8.760, and the percent of covariance could be explained at 62.323. Therefore, the instrument can apply to evaluate the military leadership of army nursing students and other military nursing students.

Keywords : Measurement, Military leadership, Army nursing students

บทนำ

ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงานมีความสำคัญ เพราะเป็นเครื่องมือนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ กองทัพบกได้ กำหนดคุณลักษณะผู้นำทางทหารไว้ 14 ประการ ได้แก่ ท่าทางการวางตัว ความกล้าหาญ ความเด็ดขาด ความไว้วางใจ เชื่อใจ ความอดทน ความกระตือรือร้น ความริเริ่ม ความซื่อสัตย์ สุจริต ความพินิจพิเคราะห์ ความยุติธรรม ความรอบรู้ ความจงรักภักดี การรู้จักกาลเทศะ และความไม่เห็นแก่ตัว^{1,2} ต่อมากองทัพบกไทยกำหนดให้มีข้อที่ 15 คือเรื่อง วิสัยทัศน์เพิ่มขึ้น มา กองทัพบกได้กำหนดค่านิยมหลัก 7 ประการ เพื่อให้ทหาร ได้ยึดถือ ได้แก่ ความจงรักภักดี หน้าที่ การให้ความเคารพ การอุทิศตนโดยไม่เห็นแก่ตัว ความมีเกียรติ การยึดหลักคุณธรรม ความกล้าหาญส่วนบุคคล^{1,3,4} ซึ่งคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ของกองทัพบกได้เริ่มมีการใช้ประเมินกำลังพลและมีการเผยแพร่ ในเหล่าทัพอื่นๆ โดยกรมนักเรียนนายร้อยรักษาราชการองค์ 2555 ได้กำหนดหัวข้อในการประเมินคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ในคู่มือทหารซึ่งเผยแพร่โดยกรมยุทธศึกษาทหารบก⁵ วิลมอท และซาปิโร⁶ ได้นำกรอบแนวคิดการพัฒนาภาวะผู้นำทางทหาร มาใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาล โดยทุกคน ควรมีสมรรถนะหลักและสมรรถนะย่อยที่ต้องมีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ภาวะผู้นำสามารถพัฒนาโดยสถาบัน โรงเรียน การพัฒนาตนเอง การฝึกอบรมและการสร้างเสริมประสบการณ์ ทางวิชาชีพ สำหรับโรงเรียนทหารการปลูกฝังในเรื่องความเป็น ผู้นำทางทหารของโรงเรียนเตรียมทหารมีแนวคิดเกี่ยวกับ คุณลักษณะผู้นำทางทหาร 4 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบ มนุษยสัมพันธ์ ความสามารถในการตัดสินใจและความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ สำหรับคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียน พยาบาลทหารอากาศตามความคิดเห็นของผู้ปกครอง ในการ สสำรวจเมื่อปีการศึกษา 2559 ประกอบด้วยมีความรับผิดชอบ มีความสามารถในการปกครองบังคับบัญชา มีวุฒิภาวะทาง

อารมณ์ มีความเชื่อมั่นและกล้าตัดสินใจ เสียสละเพื่อส่วนรวม กล้าหาญและอดทน⁷ และของโรงเรียนนายเรืออากาศ ซึ่งเน้นทวิน อินทชาติ⁸ ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ ผู้นำทางทหารในมุมมองของนักเรียนนายเรืออากาศ เรียงความ สำคัญ 5 อันดับแรก คือ 1) ความซื่อสัตย์สุจริต (Integrity) 2) ความกล้าหาญ (Courage) 3) ความเด็ดขาด (Decisiveness) 4) ความอดทน (Endurance) 5) ความจงรักภักดี (Loyalty) สำหรับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักเรียนนายเรือ โรงเรียนนายเรือ⁹ ตามความคาดหวังของผู้บังคับบัญชา ในส่วนบัญชาการกองทัพบกเรือ เน้นในด้านความจงรักภักดี ความซื่อสัตย์สุจริต ความเป็นผู้นำทางทหาร ความเป็นชาวเรือ ความเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรมและความเป็นสุภาพบุรุษ ทหารเรือ ซึ่งพบว่าคุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรมและ ผู้นำทางทหารเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีความต้องการ จำเป็นในการพัฒนามากที่สุด

การศึกษาภาวะผู้นำในกลุ่มทหารของกรมกำลังพล และกรมสารบรรณทหารบก พบว่าภาวะผู้นำจะพิจารณา ในด้านการทำงานให้สำเร็จบรรลุเป้าหมาย ใช้หลักนิติธรรม ในการปกครอง มีความยืดหยุ่น จูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา นำวิสัยทัศน์ไปสู่การปฏิบัติ มีความสามารถในการสื่อสาร การปรับตัว กระตุ้นผู้ใต้บังคับบัญชาในการทำงาน สามารถ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ดี ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาไว้วางใจ มีความรับผิดชอบในเรื่องงานเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น¹⁰ จะเห็นได้ว่าคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่พึงประสงค์ทั้ง กองทัพบก เรือ อากาศ จะแตกต่างกันเพื่อความเหมาะสม กับภารกิจและหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเพียงแต่มีการกำหนด กรอบคุณลักษณะผู้นำทางทหารไว้ให้ทุกเหล่าทัพยึดเป็น แนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำทางทหารของกองทัพบ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เป็นสถาบันการศึกษา ในระดับอุดมศึกษาของกองทัพบก ซึ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลให้

กับกองทัพบก จึงต้องมีคุณลักษณะทางทหารและภาวะผู้นำทางทหารตามที่กองทัพบกกำหนดไว้ ทั้งนี้กองการปกครองมีการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมภาวะผู้นำให้กับนักเรียนพยาบาล ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 แต่การประเมินนักเรียนพยาบาลแต่ละชั้นปี ยังใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิด 14 ประการของกองทัพบก ซึ่งยังไม่มีรายละเอียดหัวข้อย่อย ว่าในแต่ละหัวข้อใหญ่นั้น ควรมีย่อประกอบที่จะประเมินในเรื่องใดบ้าง มีรายละเอียดอย่างไรและบางหัวข้อยังไม่เหมาะสมกับบริบทของนักเรียน รวมทั้งโรงเรียนทหารในกองทัพบกยังไม่มีการสร้างแบบวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่มีรายละเอียดชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก เพื่อให้สอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก โดยเฉพาะอัตลักษณ์ส่วนบุคคล¹¹ ซึ่งประกอบด้วย ความมีระเบียบวินัย เสียสละ อดทน มีความรับผิดชอบ กล้าหาญ มีความเป็นผู้นำ มีบุคลิกภาพทางทหารที่ดี มีความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ มีจิตอาสา การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก โดยใช้กรอบแนวคิดตามคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่พึงประสงค์ 15 ประการของกองทัพไทยและศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและการพัฒนาโครงการ กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและปลูกฝังคุณลักษณะผู้นำทางทหารให้กับนักเรียนพยาบาลกองทัพบก โดยมุ่งหวังให้บัณฑิตพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะเป็นกำลังพลในหน่วยสายแพทย์ของกองทัพบกที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำและบริหารงานในหน่วยงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่เหมาะสมกับนักเรียนพยาบาลกองทัพบก
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ใช้กรอบแนวคิดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร 15 ประการของกองทัพไทย เป็นหลักในการพิจารณาประเด็น

หัวข้อ ประกอบด้วย 1) ท่าทางการวางตัว 2) ความกล้าหาญ 3) ความเด็ดขาด 4) ความไว้วางใจ 5) ความอดทน 6) ความกระตือรือร้น 7) ความริเริ่ม 8) ความซื่อสัตย์สุจริต 9) ความพินิจพิเคราะห์ 10) ความยุติธรรม 11) ความรอบรู้ 12) ความจงรักภักดี 13) ความรู้จักกาลเทศะ 14) ความไม่เห็นแก่ตัวและ 15) การมีวิสัยทัศน์ นำมาเป็นประเด็นในการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยรายชื่อ โดยคำนึงถึงลักษณะของวิชาชีพพยาบาลร่วมด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารและวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่เหมาะสมกับนักเรียนพยาบาลกองทัพบก

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยทบทวนรายชื่อของอดีตผู้บริหารหรืออาจารย์พยาบาลที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ซึ่งเคยปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ฝ่ายปกครองและสอบถามทางโทรศัพท์ในการยินยอมเข้าเป็นอาสาสมัครและอีกกลุ่มเป็นศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกที่เคยเป็นนักเรียนปกครองบังคับบัญชาซึ่งเป็นพยาบาลกองทัพบกที่จบการศึกษาที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป มีอาสาสมัครสนใจและยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 90 นาที กรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลทางโทรศัพท์คนละ 20-30 นาที จากนั้นสร้างเครื่องมือวัดและหาคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบองค์ประกอบและโครงสร้างของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานในการสร้างเครื่องมือเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาล

กองทัพบกและการนำไปใช้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด 2) แนวคำถาม (question guideline) สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำทางทหารของกองทัพไทย 15 ประการ ความเหมาะสมของการนำมาใช้ หัวข้อที่ควรประเมินและแนวทางการส่งเสริมคุณลักษณะผู้นำทางทหารแก่นักเรียนทั้งในและนอกหลักสูตร

ระยะที่ 2 เครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหาร ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นำมาสร้างหัวข้อคำถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งแบ่งตามคุณลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ คือ ด้านภาพลักษณ์ภายนอก บุคลิกลักษณะภายในตัวบุคคล คุณธรรม จริยธรรม และความจงรักภักดี ได้ข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รุ่นที่ 53 จำนวน 35 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.969 และนำมาวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบเชิงสำรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารและอาจารย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งส่งเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อลงนามแล้วให้ส่งกลับคืนมายังผู้วิจัย นัดหมายการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มที่เคยเป็นอดีตนักเรียนปกครอง ผู้วิจัยใช้การประสานทางไลน์รุ่น โดยส่งเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากผู้แทนรุ่นที่เป็นอดีตนักเรียนปกครอง และส่งหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนัดหมายวันเวลาในการสนทนากลุ่ม แจกเอกสารคุณลักษณะผู้นำทางทหาร 15 ประการ ให้ศึกษาล่วงหน้า ดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตอาสาสมัครในการบันทึกเทประหว่างการสนทนากลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยทำการจดบันทึก รวมทั้งสัมภาษณ์ออนไลน์จำนวน 3 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและหรือการสัมภาษณ์

รายบุคคล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและทำตารางสังเคราะห์องค์ประกอบและรายการหรือตัวชี้วัดย่อยในแต่ละองค์ประกอบ

3. นำเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) เลือกข้อคำถามที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป มาพิจารณาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

4. นำเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นศิษย์พยาบาลกองทัพบก รุ่นที่ 53 จำนวน 35 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นที่มีค่า 0.7 ขึ้นไปสำหรับเครื่องมือที่พัฒนาใหม่และยอมรับได้¹²

5. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

6. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบหลักของลักษณะผู้นำทางทหาร ด้วยการสกัดองค์ประกอบหลักและหมุนแกนแบบตั้งฉาก (varimax)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 002q/63 ลงวันที่ 28 กันยายน 2563 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งถามความสมัครใจของทุกคน ทั้งนี้การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลเป็นอดีตผู้บริหารและอาจารย์ที่เคยปฏิบัติงานในกองการปกครอง จำนวน 8 คน เป็นผู้เกษียณอายุราชการ

แล้ว 3 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกองการปกครองเฉลี่ย 2 ปี ร้อยละ 62.5 มีอายุในช่วง 56 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 62.5 สำหรับกลุ่มที่เป็นอดีตนักเรียนปกครองหรือศิษย์เก่าพยาบาลทหารบกที่ 30 จนถึงรุ่นที่ 40 จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบกและสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม โดยเป็นหัวหน้านักเรียนปกครองและหัวหน้าหมวดมากที่สุด ประเภทละ 3 คน

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้นำทางทหาร

ผู้ให้ข้อมูลทุกคน เห็นด้วยในการวัดหรือประเมินคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลเนื่องจากนักเรียนต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลและความเป็นทหารอาชีพและเป็นอัตลักษณ์ที่โดดเด่นของวิทยาลัยฯ การใช้คุณลักษณะผู้นำทางทหารของกองทัพไทยทั้ง 15 ประการเป็นกรอบในการพิจารณาเหมาะสมแล้ว แต่บางเรื่อง เช่น ความเด็ดขาด และความมีวิสัยทัศน์ อาจต้องพิจารณาปรับให้เหมาะสมและเพิ่มเรื่องหัวข้อความรับผิดชอบขึ้นมาสำหรับอดีตนักเรียนปกครองให้ข้อคิดเห็นว่าควรจัดแบ่งกลุ่มที่เป็นคุณลักษณะใหญ่ๆ ก่อน แล้วจึงพิจารณารายละเอียดของประเด็นย่อย สรุปประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาพลักษณ์ภายนอก เกี่ยวกับบุคลิกลักษณะภายนอก การสังเกตจากบุคคลอื่นที่รับรู้ได้ว่าบุคคลที่มีบุคลิกแบบนี้บ่งบอกว่าเป็นพยาบาลทหาร จึงเป็นเรื่องของบุคลิกลักษณะและการแสดงออก การแต่งกายและท่าทางการเดิน กริยามารยาท ระเบียบวินัย การใช้คำพูด การกล้าแสดงออกและการมีความอดทนต่อความยากลำบาก

ประเด็นที่ 2 บุคลิกลักษณะภายในตัวบุคคล ประกอบด้วยความคิดที่มีทั้งความคิดอย่างมีเหตุผล คิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ คิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนางาน ความรู้สึกรับรู้ การตัดสินใจ ทักษะในการทำงาน

ประเด็นที่ 3 คุณธรรม จริยธรรม คุณธรรมที่เด่นชัดสำหรับนักเรียนพยาบาล ควรประกอบด้วยความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ความเสียสละ มีจิตอาสา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่โดดเด่นของพยาบาล คำว่า อุทิศตนสามารถนำมาใช้ได้และมีจิตอาสา โดยมุ่งประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตนและมีความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจและเอื้ออาทรต่อผู้อื่น

ประเด็นที่ 4 ความจงรักภักดี การเป็นนักเรียนพยาบาลกองทัพบก ต้องแสดงออกซึ่งความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์และหน่วยงาน

3. การสร้างเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทาง

ทหาร จากข้อมูลในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำมาสร้างข้อคำถามรายข้อและสังเคราะห์องค์ประกอบรายการย่อยตามหลักการทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ เช่น พฤติกรรมภายนอกที่ประกอบด้วย บุคลิกท่าทางต่างๆ ที่สามารถสังเกตได้และพฤติกรรมภายในซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในตัวบุคคล เช่น ความคิด ความรู้สึก ทักษะ ทักษะ การรับรู้ นำมาสร้างข้อคำถาม ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนน คือ 5 = ดีมาก 4 = ดี 3 = ปานกลาง 2 = พอใช้ 1 = ต้องปรับปรุง มีจำนวน 37 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) บุคลิกลักษณะภายนอก (บุคลิกภาพ การแต่งกาย ท่าทางการวางตัว กริยามารยาท ความรับผิดชอบ การพูด ความเป็นผู้เชื่อถือได้ ความอดทน) 2) บุคลิกลักษณะภายในตัวบุคคล (ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ทักษะ การตัดสินใจ) 3) คุณธรรม จริยธรรม (ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ความเสียสละและมีจิตอาสา) 4) ความจงรักภักดีต่อสถาบันหลักและหน่วยงาน

นำร่างเครื่องมือวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา ประเมินหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.67 นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้แบบวัดที่มีค่า IOC ที่ใช้ได้และผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะเพิ่มเติมให้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ รวมเป็น 39 ข้อคำถาม (items) ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนพยาบาลกองทัพบกที่ 53 จำนวน 35 นาย มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.969

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

1. การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 39 ข้อ มีความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ และตัดผลข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์ต่ำกว่า 0.3 ออก จำนวน 8 ข้อ คงเหลือข้อคำถาม 31 ข้อ

2. การวิเคราะห์ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) และ Bartlett's Test พบว่า ค่า KMO เท่ากับ 0.818 และผลค่า Bartlett's Test แสดงถึงตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงนำมาวิเคราะห์ EFA ได้

3. การหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนริแมกซ์

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนักผลรวมกำลังสองจากการสกัด (Extraction Sums of Squared Loadings)			ค่าน้ำหนักผลรวมกำลังสองโดยการหมุนแกน (Rotation Sums of Squared Loadings)		
	Total	%of Variance	Cumulative%	Total	%of Variance	Cumulative%
1	8.760	28.258	28.258	5.306	17.117	17.117
2	3.312	10.685	38.944	3.300	10.647	27.764
3	2.477	7.990	46.933	3.162	10.199	37.963
4	2.319	7.479	54.413	3.090	9.968	47.931
5	1.257	4.055	58.467	2.680	8.647	56.577
6	1.195	3.856	62.323	1.781	5.746	62.323

จากตารางที่ 1 ตัวแปรที่จัดเข้าองค์ประกอบจำนวน 31 ตัว จัดเข้ากลุ่มได้ 6 องค์ประกอบและมีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า 1 โดยตัวแปรทั้ง 31 ตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบได้ร้อยละ 62.323 แต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรจำนวน 2-10 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) อยู่ระหว่าง 0.401-0.779 โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความเป็นพลเมืองที่ดีและการแสดงออกในทางที่ถูกต้อง (Good citizen and assertive) มีจำนวน 10 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.513-0.755 ประกอบด้วย การตัดสินใจได้อย่างฉับพลันทันที ไม่แสดงความคิดเห็นหรือแสดงออกที่พาดพิงต่อสถาบันหลักในเชิงลบ ปฏิบัติตนตามหลักคำสอนของศาสนา แสดงออกซึ่งความรักชาติ ความเป็นพลเมืองที่ดีของชาติ ปฏิบัติตามระเบียบของกองทัพบก และวิทยาลัยฯ โดยเคร่งครัด มีความรักความภาคภูมิใจในเกียรติยศและศักดิ์ศรีของสถาบัน กล้าแสดงออกในทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อหน้าสาธารณชนทั้งทางกายและวาจา ไม่คดโกง ไม่ทุจริต อุทิศตนมีจิตอาสาและมุ่งประโยชน์ส่วนรวม รับผิดชอบต่อคำพูดและการกระทำของตนเอง โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 28.258

องค์ประกอบที่ 2 บุคลิกภาพและการวางตัว (Personality and behavior) มีจำนวน 5 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.401-0.776 ประกอบด้วย มีกิริยามารยาทเรียบร้อย อ่อนน้อมถ่อมตน นอบน้อมต่อผู้ใหญ่ผู้อาวุโส

ไม่แสดงการกระทำหรือภาพลักษณ์เชิงลบที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียต่อวิทยาลัยฯ มีการกระทำที่ดีเหมาะสมรู้จักให้เกียรติบุคคลอื่น พูดจาสุภาพไม่ว่าพูดคำหยาบคายหรือพูดจาให้ร้ายผู้อื่น มีความสนใจใฝ่รู้และรู้เท่าทันสถานการณ์ต่างๆ โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 10.685

องค์ประกอบที่ 3 บุคลิกลักษณะทางทหารและการตัดสินใจ (Military personality and decision) มีจำนวน 4 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.483-0.592 ประกอบด้วย มีระเบียบวินัยในการแสดงความเคารพต่อผู้บังคับบัญชา อธิบายผลการนั่ง ยืน เดิน กิริยาท่าทางมีความสง่าผ่าเผย มีวิจารณญาณในการคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ถูกต้อง สมเหตุผล รักษาความลับของวิทยาลัยฯ โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 7.990

องค์ประกอบที่ 4 ความรับผิดชอบและความอดทน (Responsibility and endurance) มีจำนวน 6 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.413-0.738 ประกอบด้วย ตั้งใจเอาใจใส่และมุ่งมั่นในการทำงาน ผลงานเชื่อถือได้และบรรลุเป้าหมาย มีความอดทนต่อความยากลำบากทั้งร่างกายและจิตใจในทุกสถานการณ์ กล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อตนเองผู้อื่นและสังคมส่วนรวม ชื่นชมยกย่องผู้อื่นในการทำความดี มีความอดกลั้น มีจิตใจหนักแน่นมั่นคงสามารถควบคุมอารมณ์ต่อแรงกดดันได้ โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 7.479

องค์ประกอบที่ 5 ความซื่อสัตย์และความคิดริเริ่ม

(Integrity and initiative) มีจำนวน 4 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.404-0.779 ประกอบด้วย ไม่พูดโกหกหรือพูดเท็จ ปฏิบัติต่อเพื่อนรุ่นพี่และรุ่นน้องอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากอคติ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ คิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนางานให้เจริญก้าวหน้า ไม่เอาของของผู้อื่นมาเป็นของตน โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 4.055

องค์ประกอบที่ 6 ความจงรักภักดีต่อสถาบันและความเมตตาต่อผู้อื่น (Loyalty and compassion) มีจำนวน 2 ข้อ ค่า Factor Loading ตั้งแต่ 0.578-0.624 ประกอบด้วย การแสดงออก ซึ่งการเคารพเทิดทูนและปกป้องสถาบันพระมหากษัตริย์ มีความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจและเอื้ออาทรต่อผู้อื่น โดยอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบได้ร้อยละ 3.856

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารที่เหมาะสมกับนักเรียนพยาบาลกองทัพบก จากผลการวิจัยได้สร้างข้อคำถามตามที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลค่อนข้างมีความสอดคล้องกับหัวข้อหลักของลักษณะผู้นำทางทหารของกองทัพไทยและมีความสอดคล้องกับค่านิยมหลักของกองทัพบก 7 ประการ คือ ความจงรักภักดี หน้าที่การให้ความเคารพ การอุทิศตนโดยไม่เห็นแก่ตัว ความมีเกียรติ การยึดหลักคุณธรรม ความกล้าหาญส่วนบุคคล^{1,3,4} เพียงแต่ในหัวข้อใหญ่ที่เป็นเรื่องวิสัยทัศน์นั้น ยังไม่ได้ถูกนำเสนอในการสร้างข้อคำถาม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าวิสัยทัศน์น่าจะเกี่ยวข้องกับการวัดภาวะผู้นำในทหารที่รับราชการแล้ว สำหรับนักเรียนอาจยังไม่ได้แสดงบทบาทนี้ ให้เห็นชัดเจนที่จะประเมินได้ การพิจารณารายข้อทั้ง 39 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับหัวข้อคุณลักษณะผู้นำของกองทัพบก 14 ประการนั้นมีความสอดคล้องกัน โดยข้อคำถามที่แสดงถึงลักษณะท่าทาง (Bearing) และความจงรักภักดี (Loyalty) มีจำนวนข้อคำถามมากที่สุด จำนวน 10 ข้อและ 7 ข้อตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคุณค่าหลัก (core value) ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกตามแผนยุทธศาสตร์ปี 2565-2569 ทั้งนี้จะเห็นว่าตัวลักษณะผู้นำทางทหารที่สำคัญ ซึ่งบุคคลทั่วไปจะมองที่บุคลิกภาพภายนอก และลักษณะท่าทาง ซึ่งเป็นลักษณะที่โดดเด่นของทหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yammarino et al¹³ ที่กล่าวว่า การมีภาวะผู้นำ ได้แก่

มีลักษณะบุคลิกทางทหาร (Military bearing) สำหรับหัวข้อความจงรักภักดีพบว่าในปัจจุบัน กองทัพบกได้เน้นการปลูกฝังและสร้างจิตสำนึกให้ทหาร ทุกคนมีความจงรักภักดีต่อสถาบันหลัก การวัดลักษณะผู้นำทางทหารในเรื่องความจงรักภักดี มีหัวข้อการประเมินในโรงเรียนทหารอื่นๆ เช่นกัน อาทิ โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ โรงเรียนนายเรืออากาศและโรงเรียนนายเรือ^(5,7,8,9)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก

ผลการศึกษา ในการนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 31 ข้อย่อย ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 62.323 โดยพบว่า ความเป็นพลเมืองที่ดีของชาติ และการแสดงออกในทางที่ถูกต้อง เป็นองค์ประกอบที่มีจำนวนรายการย่อยมากที่สุด และมีค่าไอเกนสูงที่สุด มีรายละเอียดด้านการตัดสินใจได้อย่างฉับพลันทันที การปฏิบัติตนในการเป็นพลเมืองที่ดีทั้งทางกาย วาจา ใจ การกล้าแสดงออกในทางที่ถูกต้องเหมาะสม อุทิศตนมีจิตอาสาและมุ่งประโยชน์ส่วนรวม รองลงมาเป็นเรื่องของบุคลิกภาพและการวางตัวรวมทั้งการมีบุคลิกลักษณะทางทหาร ตั้งแต่การแสดงออก ความมีระเบียบวินัย ซึ่งอัตลักษณ์ของนักเรียนนายร้อยที่พึงประสงค์ในด้านภาวะผู้นำ คือ มีวินัยและน้ำใจ มุ่งแทนคุณแผ่นดิน¹⁴ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอุทิศตนและมีจิตอาสาและคุณลักษณะทางทหารของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ⁷ ที่กำหนดหัวข้อหลักไว้ 4 ประการ คือ 1) ภาวะผู้นำทางทหาร เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ มีความเชื่อมั่น กล้าตัดสินใจ กล้าหาญ มีความเสียสละ 2) ด้านบุคลิกลักษณะทหาร 3) ด้านระเบียบวินัย 4) จงรักภักดีต่อสถาบันชาติศาสนาและพระมหากษัตริย์ ทั้งนี้จะเห็นว่าในส่วนองค์ประกอบหลักของแบบวัดที่สร้างขึ้นมานั้นมีความสอดคล้องกับการวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศและโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า

เมื่อเปรียบเทียบกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำทางทหารในมุมมองของนักเรียนนายเรืออากาศ⁸ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันในองค์ประกอบที่ 4 ความรับผิดชอบและความอดทน องค์ประกอบที่ 5 ความซื่อสัตย์และความคิดริเริ่มและองค์ประกอบที่ 6 เรื่องความจงรักภักดีต่อสถาบันส่วนความกล้าหาญและความเด็ดขาดเป็นประเด็นของการ

ตัดสินใจและการกล้าแสดงออกซึ่งอยู่ในหัวข้อย่อยขององค์ประกอบหลัก ทั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษากับนายทหารใหม่ที่จะจบการศึกษาจากโรงเรียนนายเรืออากาศในด้านความมีระเบียบวินัย ความสามารถในการตัดสินใจและการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ความซื่อสัตย์และความจงรักภักดี ความรับผิดชอบ¹⁵ สิ่งสำคัญเกี่ยวกับลักษณะผู้นำทางทหารในข้อคำถามการมีวิจารณ์ญาณในการคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ถูกต้อง สมเหตุสมผลซึ่งอยู่ในองค์ประกอบที่ 3 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yammarino et al¹³ ในภาวะผู้นำกับความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความสามารถในการคิดอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ปัญหา (mental agility) การมีวิจารณ์ญาณ การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผล (sound judgment) การทำงานด้วยวิธีการใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การมีชั้นเชิงระหว่างบุคคล (Interpersonal tact) และมีความรู้ความเชี่ยวชาญ (domain knowledge/expertise) ซึ่งการศึกษาภาวะผู้นำในวิชาชีพพยาบาลได้สรุปนอกเหนือจากการมีบุคลิกภาพที่ดีและน่าเชื่อถือแล้วยังต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมุ่งความสำเร็จ อุทิศตนให้กับงานอย่างเต็มที่¹⁶ องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 62.323 นั้น ส่วนที่เหลือ 38% ที่ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ อาจเกี่ยวข้องกับข้อคำถามบางข้อที่จัดอยู่ในหมวดหมู่เดียวกันตามค่า factor loading ซึ่งไม่น่าจัดเข้าอยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ เช่น องค์ประกอบที่ 4 มีข้อคำถาม ชื่นชมยกย่องผู้อื่นในการทำมาตย์ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายละเอียดในข้อคำถามอื่นๆ หรือองค์ประกอบที่ 6 เรื่องความจงรักภักดีต่อสถาบันและความเมตตาต่อผู้อื่น ซึ่งความหมายของข้อคำถามไม่ควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ทั้งนี้ในส่วนที่เป็นข้อคำถามที่ถูกตัดออกไป 8 ข้อจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีค่าต่ำ อาจเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดองค์ประกอบ เช่น เป็นผู้นำในการคิด คิดบวกและมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ มีความรอบรู้ในงานที่จะนำไปสู่การสร้างสรรคนวัตกรรมใหม่ๆ ที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ มีความยุติธรรมในการตัดสินใจ มีความเป็นกลาง ไม่แบ่งพรรคพวกซึ่งต้องมีการนำไปใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

การพัฒนาภาวะผู้นำของนักเรียนพยาบาล มีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมให้นักเรียนได้ร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานภายนอกให้มากขึ้น การทำกิจกรรมจิตอาสาต่างๆ การได้เห็นภาพการทำงานของพยาบาลทหารบก การได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจจากบิดามารดา ครู ผู้บังคับบัญชา ได้รับการพัฒนา

ความรู้ ความสามารถ การปลูกฝังค่านิยมจากครอบครัวและชุมชน การยึดแบบอย่างจากผู้ที่ตนรักและศรัทธา ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลฯสามารถจัดกิจกรรมต่างๆ ที่จะหล่อหลอมนักเรียนทั้งการเสนอตัวแบบหรือแบบอย่างที่ดี การปลูกฝังค่านิยมในการมีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม การมอบหมายงานในการทำกิจกรรมต่างๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับนักเรียน จะช่วยพัฒนาภาวะผู้นำทั้งทางทหารและทางวิชาชีพพยาบาลแก่นักเรียนได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง Sriwanich¹⁷ ได้กล่าวถึง กลไกการเสริมสร้างคุณลักษณะผู้นำของนักเรียนนายร้อยรักษาทหารองค์มีความสำคัญในการสร้างตัวตนทางทหารผ่านการเสริมสร้างคุณลักษณะผู้นำจากการให้ปฏิบัติซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความเคยชิน ระบบนักเรียนบังคับบัญชา ซึ่งมีรุ่นพี่แสดงให้เห็นเป็นแบบอย่าง กลไกทางการศึกษาจะช่วยสร้างอุดมการณ์และจิตสำนึกผ่านคำขวัญและการปฎิญาณตน ดังนั้นการเสริมสร้างและปลูกฝังคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลจึงต้องพัฒนาให้เหมาะสมในแต่ละชั้นปีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กองการปกครอง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกสามารถนำเครื่องมือวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารนี้ไปใช้ประเมินนักเรียนพยาบาลกองทัพบก โดยให้นักเรียนประเมินตนเอง หรือนักเรียนปกครองและผู้บังคับหมวดนักเรียนพยาบาลประเมินนักเรียนพยาบาลรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาเพียง 5-10 นาทีต่อคน สามารถทำในรูปแบบ google form เพื่อง่ายต่อการประเมินผลทั้งรายบุคคลและภาพรวมของแต่ละชั้นปี
2. สถาบันการศึกษาทางทหารอื่นๆ ของกองทัพบกหรือในสังกัดกระทรวงกลาโหม สามารถนำแบบวัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวัดคุณลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนทหารในหน่วยงานของตนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะผู้นำทางทหารของนักเรียนพยาบาลแต่ละชั้นปี เปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างเพื่อนำไปออกแบบโครงการกิจกรรมในการเสริมสร้างและพัฒนาภาวะผู้นำของนักเรียนพยาบาลแต่ละชั้นปีต่อไป
2. ศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) หลังจากมีการจัดโครงการ กิจกรรมต่างๆ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณลักษณะผู้นำทางทหารจากชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 หรือไม่ อย่างไร

References

1. Center for Doctrine and Strategy Development, Army Training Command. Leading and military leader. Bangkok: Arun Printing Ltd. Partnership; 2013. (in Thai).
2. Center for Doctrine and Strategy Development, Army Training Command, Field guide 6-22 leading and military leader; 2013. (in Thai).
3. Sanitsom P, Jarat N. Military leadership attributes for Royal Thai Armed Force. Executive Journal 2015; 35(1):75-86. (in Thai).
4. Khamkhong Y. Analysis of the development for military leadership and teamwork. Phranakhon Rajabhat Research Journal Humanities & Social Sciences 2020; 11(1): 107-23. (in Thai).
5. Cadet Regiment, The King's Guard Chulachomklao Royal Military Academy. Military Characteristics. Nakhonnayok.; 2012. (in Thai).
6. Wilmoth MC, Shapiro SE. The Intentional development of nurses as leaders. The Journal of Nursing Administration 2014; 44(6):333-8.
7. Suksaen N. Military characteristics of Air Force student nurses according to parent's opinions in Royal Thai Air Force Nursing College, Academic Year 2016. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(2):159-67. (in Thai).
8. Intachart N. The factor analysis of desirable attribute of the military leadership for Air Cadet perspective, Navaminda Kasatriyadhiraj Royal Thai Air Force Academy. The Journal of Faculty of Applied Arts, King Mongkut's University of Technology North Bangkok. 2017; 10(2):36-46. (in Thai).
9. Pratanworapunya S. Desired characteristics of navy cadets in Royal Thai Navy Academy as expected by commanders in Royal Thai Navy Headquarters. (Dissertation). Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai).
10. Vongsarojana, P. Desirable administrative leadership: A case study of the directorate of personnel [Master of Business Administration] Bangkok University. Pathumthani; 2015. (in Thai).
11. Sumetsittikul A, Meeparn A, Chaleoykitti S, Indharatana A, Khinchet N. Model of nursing student identity development, The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Police nurses 2019; 11(1):184-97. (in Thai).
12. Nunnally JC., Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
13. Yammarino FJ, Mumford D, Vessey WB, Friedrich TL, Ruark GA, Brunner JM. Study report : Collective leadership measurement for the U.S. United States Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences; 2014.
14. Wattayakorn R. The Study of cadets Identity and uniqueness of CRMA, Academic Year 2018. Chulachomklao Royal Military Academy Exhibition 2019. (in Thai).
15. Sanitsom P, Indharatat M. Leadership traits among new officers who graduated from NKRAFA : a case study of academic year 2014. NKRAFA Journal of humanities and social sciences 2016; 4(4) :153-64. (in Thai).
16. Sripakho P. Professional nursing development: Developing nursing leadership. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3):1-8. (in Thai).
17. Sriwanich S. Educational management mechanism to create commissioned officer identity under the future treat. National Defense Studies Institute Journal 2018; 9(2):63-73. (in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder

สกาวรัตน์ พวงลัดดา* สว่างจิตร์ วสุวัต ปภาจิต บุตรสุวรรณ
Skaorat Puangladda* Sawangjit Wasuwat Pabhajit Budsuwan
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Srithanya Hospital, Nontnaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการครุ่นคิด และการประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวน 6 ครั้ง ดำเนินการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ในแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 40 - 50 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง (จำนวน 12 คน) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโปรแกรมมีประสิทธิภาพ ลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

The present study was to develop a Mindfulness-Based nursing program for Major depressive disorder in Srithanya Hospital during 1st March 2022 to 31st May 2022. The collecting data tools were personal data, Ruminations scale and Executive functions. The data retrieved were statistical analyzed including descriptive and Wilcoxon signed rank test. A Mindfulness-Based nursing program for Major depressive disorder consists of 6 activities, performed 3 times per week, every other day for 2 consecutive weeks, and 40-50 minutes period of each activity. The result revealed that the experimental group (n=12) had a lower difference in mean ruminations and executive functions than before with statistical significance ($p < .05$). It can be concluded the

*Corresponding Author: E-mail: puangladda@hotmail.com

Mindfulness-based nursing program for Major depressive disorder can reduce rumination and improving the executive functions effectively. It is the guideline for the appropriate treatment of rumination and executive functions for Major depressive disorder.

Keyword: Mindfulness-Based Nursing Program, Major Depressive Disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้คนมากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อบุคคลและสังคม และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก ที่สำคัญโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 800,000 คนต่อปี¹ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ การใช้ยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิต เพราะช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดทางจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติบำบัด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) สำหรับใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและผู้ที่ใช้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล² เพราะปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การครุ่นคิด (Rumination)³ เป็นการคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความทุกข์และอารมณ์ด้านลบ มีลักษณะการวิจารณ์ตนเองสูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการกำเริบของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้ว นอกจากนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการครุ่นคิดกับหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการทำงานของสมองขั้นสูง⁴ โดยการครุ่นคิดขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการของสมองบกพร่อง^{5,6} และมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย⁷ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁸ โดยการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่การบริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการบำบัดรักษาการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติ

บำบัด^{9,10} เพื่อช่วยให้ความเครียด¹¹ การครุ่นคิด อาการซึมเศร้า ลดลง¹² และสามารถพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้อีกด้วย¹³ มีงานวิจัยที่สนับสนุนการฝึกสติช่วยให้การครุ่นคิดและอาการซึมเศร้าลดลง¹⁴ และช่วยพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมอง¹⁵ สรุปได้ว่าการบำบัดทางจิตโดยใช้สติบำบัด ช่วยลดการครุ่นคิดและพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์¹⁶ มาใช้ในการพยาบาลผู้มีความทุกข์ใจจากความเจ็บป่วย ด้วยความเชื่อว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรัก ความเมตตา ความจริงใจ ผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่¹⁶ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด เพราะทฤษฎีการดูแลมนุษย์ให้ความสำคัญด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เพื่อให้มีการเปิดรับพลังทางจิตวิญญาณที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีสติ ดังนั้น สติบำบัดจึงเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁶

จากทั้งสามแนวคิดที่กล่าวมา คือ การครุ่นคิด หน้าที่บริหารจัดการของสมอง และสติบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีความเชื่อมโยงกันโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีปัญหาการครุ่นคิดเกี่ยวกับข้อมูลเชิงลบ เกิดจากการตอบสนองสูงต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ของสมองส่วนหน้าผาก ซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของสมองเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางประสาทที่ซับซ้อน และการประมวลผลทางารรู้คิดที่บกพร่องส่งผลให้มีความผิดปกติของอารมณ์ทำให้เกิดการครุ่นคิดที่ไม่เหมาะสม โดยการครุ่นคิดที่เกิดขึ้นจะไปขัดขวางกระบวนการประมวลผลของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่บริหารจัดการสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบกพร่อง การใช้สติบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีผลต่อการครุ่นคิด คือ ทำให้

การครุ่นคิดลดลง ส่งผลให้ไม่มีการรบกวนของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งผลของการฝึกสติ นอกจากจะทำให้มีสติเพิ่มขึ้นยังพบว่าการฝึกสติมีผลต่อสมองโดยตรงด้วย โดยเฉพาะในส่วน of สมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อฝึกสติจึงส่งผลต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองดังกล่าว ส่วนแนวคิดสติบำบัดมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เพราะแนวคิดวัตสันให้ความสำคัญทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

สำหรับสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการสำรวจการครุ่นคิด¹⁷ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 20 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 72.27 (17 คน) คะแนนการครุ่นคิดอยู่ในช่วง 44–70 คะแนน เมื่อประเมินการทำหน้าที่บริหารจัดการสมองด้วยกิจกรรมทดสอบหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Berg Card Sorting Test-64: BCST)¹⁸ พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 45.9 คน (9 คน) ที่มีค่าร้อยละข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 18 สำหรับการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน จากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า การบันทึกการพยาบาล มีการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและหรือการประเมินอาการซึมเศร้าและหรือการประเมินความคิดฆ่าตัวตายเท่ากัน ร้อยละ 75.0 การสอนหรืออธิบายเรื่องโรคซึมเศร้าร้อยละ 15.0 และอื่นๆ ร้อยละ 10.0 เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเองด้วยการทำกิจกรรม การสนับสนุนให้คิดบวก จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหา จะเห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในยังต้องการโปรแกรมลดการครุ่นคิด และส่งเสริมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติที่สำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต¹⁹ โดยงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

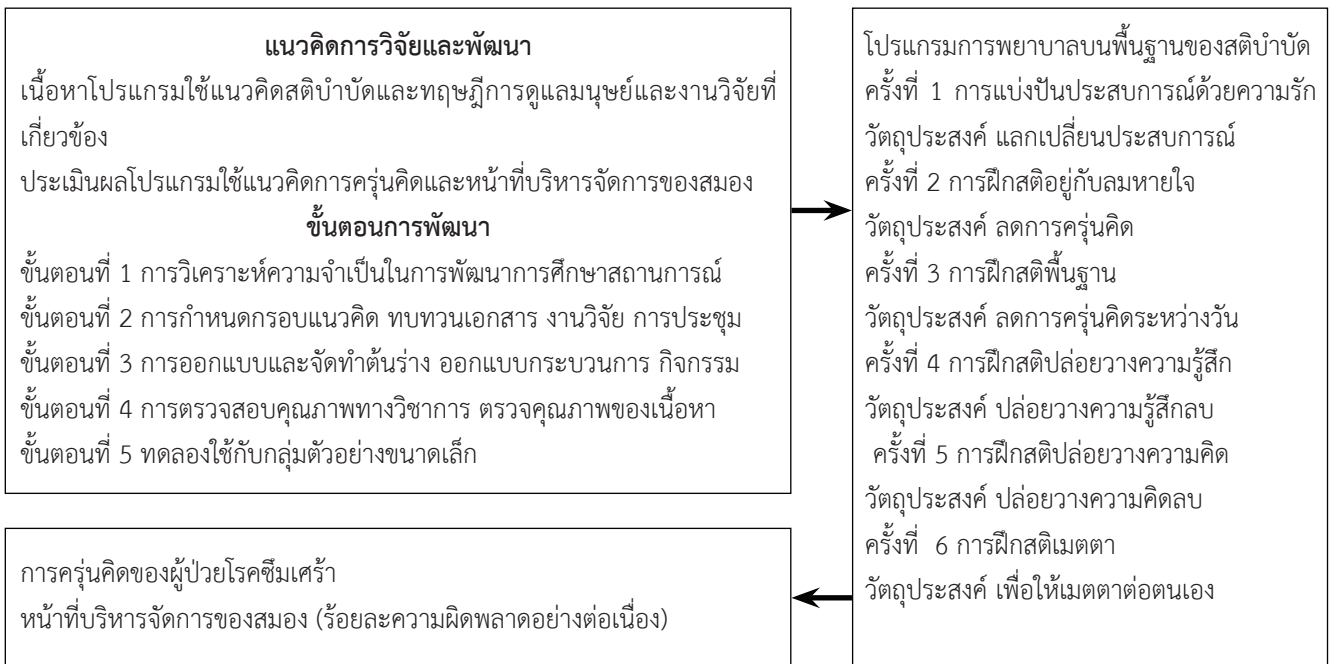
เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด ใช้แนวคิดในการวิจัย ดังนี้ แนวคิดการครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า³ แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง⁴ แนวคิดสติบำบัด^{9,10} ทฤษฎีการดูแลมนุษย์¹⁶ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต¹⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมกับข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่างเพื่อจัดทำต้นร่างโปรแกรม ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้เมื่อได้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริงสรุปเป็นกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทดลองใช้โปรแกรม ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.xx-F3-xx) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่าง มีนาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการป่วยซ้ำ 2) ได้รับการวินิจฉัยโรค F32 และ F33 3) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 4) ระดับอาการซึมเศร้ารุนแรง เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ร่วมมือหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรุนแรง 3) บกพร่องด้านภาษาพูดสื่อสารไม่เข้าใจ 4) มีโรคร่วมทางจิตเวชในขั้นตอนทดสอบโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษานำร่องในการทดลองทางคลินิก เพื่อทดสอบโปรแกรมก่อนนำไปใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมต่อไป โดยกำหนดขนาดตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 9²⁰ ของการทดลองในระยะ

ต่อไปที่วางแผนไว้ คือ 46 คน ดังนั้นการศึกษานำร่องต้องมีกลุ่มตัวอย่าง 4 คนขึ้นไป เนื่องจากโปรแกรมการดำเนินการเป็นกลุ่ม จึงศึกษานำร่อง 2 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน รวมตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินการครุ่นคิดประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ฉบับภาษาไทยมีค่าความเที่ยงฉบับภาษาไทย Cronbach's alpha 0.90 คะแนนสูงสุด 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่ามีการครุ่นคิดมาก¹⁷ 1.3) การทดสอบหน้าที่บริหารจัดการสมอง ด้วยชุดทดสอบ Berg's Card-Sorting Test พิจารณาจากค่าร้อยละของคะแนนข้อผิดพลาดแบบต่อเนื่อง¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์ .66 ถึง .75 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .70 และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานสติบำบัด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคซึมเศร้า 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยเครื่องมือไม่มีการปรับแก้จึงไม่ได้หาค่าความเที่ยงซ้ำ ส่วนโปรแกรมมีการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณ

หาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ระหว่าง 0.6-1.0 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะเหมือนกันกับกลุ่มตัวอย่าง 4 คน ก่อนนำไปนำมาไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการครุ่นคิดก่อนและหลังทดลองโดยทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังทดลองโดยทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A 008/2565 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ลักษณะของโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลักษณะของโปรแกรมเป็นกลุ่มปิด จำนวนสมาชิกต่อกลุ่ม 4-8 คน การดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง ครั้งละ 40-50 นาที ดำเนินการวันเว้นวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้นำกลุ่มที่ดำเนินการต้องผ่านการอบรมสติบำบัดและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระจากกรมสุขภาพจิต

ครั้งที่ 1 การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก เป็นการดำเนินกลุ่มของพยาบาลช่วยให้สมาชิกเปิดเผยหรือแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา ครั้งที่ 2 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจากอารมณ์และความเครียด ครั้งที่ 3 การฝึกสติพื้นฐาน ช่วยให้ผู้ที่ฝึกในกิจกรรมที่เป็นปัจจุบันได้ดีขึ้น ทำให้สามารถจดจ่อกับกิจกรรม ครั้งที่ 4 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก เป็นการมีสติในการสังเกตความรู้สึกทางกายจากการสังเกตการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปของความรู้สึก ครั้งที่ 5 การฝึกสติปล่อยวางความคิด เป็นการสังเกตความคิดลบการมีสติดูความคิดจะช่วยให้แยกความคิดกับความเป็นจริงได้ ครั้งที่ 6 การฝึกสติเมตตา เป็นการฝึกเมตตาต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น รวมถึงจิตที่มีสติจะสามารถยอมรับให้อภัยและเมตตากับผู้อื่นได้ ทำให้มีจิตใจที่สงบและมีมุมมองที่เปิดกว้างขึ้น ส่วนการวัดคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนั้น ประเมินผลด้วยการประเมินความครุ่นคิด และหน้าที่บริหารจัดการของสมองด้วยการวัดร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง

2. การทดลองใช้โปรแกรมเบื้องต้นโดยประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดต่อการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองไปแล้ว 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 6 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-49 ปี จำนวน 6 คน อายุ 50-59 ปี จำนวน 6 คน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ จำนวน 8 คน โสด จำนวน 4 คน ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา จำนวน 8 คน ปริญญาตรี จำนวน 4 คนส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ จำนวน 8 คน มีงานทำจำนวน 4 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 6 คน 6-10 ปี จำนวน 6 คน และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ 1-2 ครั้ง จำนวน 8 คน 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 4 คน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่าง (n = 12)

คะแนนกลุ่มทดลอง	Wilcoxon signed rank test	mean rank	sig
ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ 62.67)	-3.069	6.50	.002*
หลังทดลอง ($\bar{X}$ 37.83)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดก่อนการได้รับโปรแกรมฯ 62.67 คะแนน

หลังการได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนคะแนนเฉลี่ยการครุ่นคิดลดลงเหลือ 37.83 คะแนน แสดงถึงโปรแกรมฯสามารถลดการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงว่าการครุ่นคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่าง (n = 12)

คะแนนกลุ่มทดลอง	Wilcoxon signed rank test	mean rank	sig
ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 19.89)	-3.059	6.50	.002*
หลังทดลอง ($\bar{X}$ = 17.19)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องก่อนได้รับโปรแกรมฯ ร้อยละ 19.89 หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องลดลงเหลือร้อยละ 17.19 แสดงถึงโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสามารถช่วยให้หน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงว่าหน้าที่บริหารจัดการของสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประเด็นอภิปราย

2 ประเด็น ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ประเมินผลเบื้องต้นการใช้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคำดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละข้อและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁶ จากแนวคิดของวัตสันซึ่งเป็นทฤษฎีในระดับกว้าง (Grand theory) ในการนำมาใช้ต้องบูรณาการร่วมกับแนวคิดอื่น เมื่อพิจารณาแนวคิดของวัตสันมีความสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด^{9,10} เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาการครุ่นคิด การพัฒนาโปรแกรมต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการความคิดดังกล่าวด้วย¹⁰ หลักการสำคัญตามแนวคิดวัตสัน คือ ดำเนินการกิจกรรมกลุ่มด้วยความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลระหว่างบุคคล¹⁶ โปรแกรม

การพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีจำนวน 6 ครั้ง ดำเนินการ 40-50 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยความรัก ความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจของพยาบาล เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การอยู่กับโรคซึมเศร้าของตนเอง โดยมีพยาบาลช่วยให้สมาชิกเปิดเผยหรือแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา¹⁵ กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ เป็นการฝึกการหยุดความคิด โดยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง^{9,10} โดยไม่บังคับหรือควบคุมให้หยุดความคิด แต่เป็นการรู้ตัวให้เร็วว่าคิดแล้ว กลับมารู้ลมหายใจที่ปลายจมูกแทนที่จะอยู่กับความคิดนั้น¹⁰ กิจกรรมที่ 3 การฝึกสติพื้นฐาน คือการฝึกจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำในปัจจุบัน เช่น นั่ง ยืน เดิน เพื่อไม่ถูกรบกวนด้วยความคิด¹⁰ จึงเป็นทักษะสำคัญในการลดการครุ่นคิด กิจกรรมที่ 4 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก โดยใช้การพินิจความรู้สึก (Focusing) ด้วยการฝึกรู้ลมหายใจและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย จะช่วยให้ปล่อยวางความรู้สึกนั้นได้ โดยไม่ยึดติดกับความรู้สึกนั้น¹⁰ กิจกรรมที่ 5 การฝึกสติปล่อยวางความคิดใช้เทคนิคการติดป้ายความคิด (Labeling)^{9,10} และกิจกรรมที่ 6 การฝึกสติเมตตา เป็นการเมตตาตนเองและผู้อื่น ช่วยลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับตัวเองและคนที่มีความทุกข์ด้วย¹⁰ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดสติบำบัด^{9,10} สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความครุ่นคิดมากเกินไป นอกจากการรักษาด้วยการใช้ยาแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการการครุ่นคิดของตนเอง ตั้งแต่การหยุดคิดด้วยการรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง การควบคุมความคิดระหว่างวันด้วยการมีสติ การปล่อยวางความรู้สึก การปล่อยวางความคิด และการเมตตาตนเองโดยไม่มองตนเองในด้านลบ เมื่อการครุ่นคิดดีขึ้นจึงส่งผลให้หน้าที่บริหารจัดการของสมองดีขึ้นไปด้วยนั่นเอง

2. ประเมินผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมเบื้องต้นในสถานการณ์จริง โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิด และค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 62.67$) มีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการครุ่นคิดหลังการทดลอง ($\bar{X} = 37.83$) และค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 19.89$) มีค่า

มากกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ($\bar{X} = 17.19$) แสดงถึงโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล อภิปรายได้ว่า การดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใน ครั้งที่ 1-6 ตั้งแต่การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยความรัก¹⁵ การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ^{9,10} การฝึกสติพื้นฐานส่งผลให้ไม่สะสมความเครียดระหว่างวัน^{10,11} การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก การฝึกสติปล่อยวางความคิด ช่วยให้สามารถปล่อยวางความรู้สึกและความคิดได้^{9,10} และการฝึกสติเมตตาจะช่วยลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับตัวเองและคนอื่น¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการฝึกสติช่วยให้การครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง¹⁴ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาความสามารถหน้าที่บริหารจัดการของสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการฝึกสติช่วยพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองได้¹⁵ สรุปได้ว่า การบำบัดทางจิตโดยใช้สติบำบัด ส่งผลให้ช่วยลดการครุ่นคิด เมื่อไม่มีการครุ่นคิดรบกวนจึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่บริหารจัดการของสมอง เช่น ความจำ สมาธิ ความใส่ใจจดจ่อในสิ่งที่ทำ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดีขึ้นเพราะไม่ถูกรบกวนจากการครุ่นคิด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดเป็นแนวทางสำคัญในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้เป็นแนวทางในการลดการครุ่นคิดและพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยการนำโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์จำเป็นต้องผ่านการอบรมและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระของกรมสุขภาพจิต
3. ด้านวิชาการ เป็นการศึกษาเบื้องต้น การศึกษาระยะต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดในระยะ 3 เดือน และ 6 เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของการครุ่นคิดและหน้าที่บริหารจัดการของสมองในผู้ป่วยซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสติบำบัดในด้านการป้องกันการกำเริบและการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

References

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina A, & Ayuso-Mateos J. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological medicine* 2017; 47(3): 414-25.
3. Schwert C, Aschenbrenner S, Weisbrod M, & Schröder A. Cognitive impairments in unipolar depression: the impact of rumination. *Psychopathology* 2017; 50(5): 347-54.
4. Vilamart K, Haenjohn J, & Sirithadakunlaphat S. Development of Program for Promoting Executive Functions of the Brain by Neuro-Linguistic Programming for Secondary School Students with Internet Addiction. *Journal of Royal Army Nurses* 2021; 22(3): 237-46. (in Thai)
5. du Pont A, Rhee S, Corley P, Hewitt K, & Friedman P. Rumination and executive functions: Understanding cognitive vulnerability for psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 2019; 256: 550-9.
6. Pan Z, Park C, Brietzke E, Zuckerman H, Rong C, Mansur R, & McIntyre R. Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS spectrums* 2019; 24(1): 22-9.
7. Pu S, Setoyama S, & Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific reports* 2017; 7(1): 1-6.
8. Plankerd P. Depressive disorder: Nurse's role in nursing care. *Journal of Royal Army Nurses*. 2021; 15(1): 18-21. (in Thai)
9. Segal V, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
10. Wongphiromsant Y. Manual of Mindfulness base counseling. Bangkok: Beyond Publishing; 2020. (in Thai)
11. Wongsakorn P, Bunthumporn N, & Soonthornchaiya R. The Effects of A Mindfulness Based Practice on Stress Among Inmates. *Journal of Royal Army Nurses*. 2018; 15(1): 269-78. (in Thai)
12. Cladder-Micus M, Becker E, Spijker J, Speckens A, & Vrijzen J. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research* 2019; 43(4): 666-78.
13. Amiri M, Rabiei M, & Donyavi V. Effectiveness of mindfulness training in enhancing executivefunction and decreasing symptoms of depression and anxiety in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of behavioral and brain science* 2016; 6(8): 329-36.
14. Cladder-Micus B, Becker S, Spijker J, Speckens A, & Vrijzen N. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research* 2019; 43(4): 666-78.

15. Lam K, & Seiden D. Effects of a brief mindfulness curriculum on self-reported executive functioning and emotion regulation in hongkong adolescents. *Mindfulness* 2020; 11(3): 627-42.
16. Puapan S. Caring for Suffering Patients with Human Minds: Application of Theory Watson's Human Care Part 1. *Nursing Science Journal Christian University* 2015; 2(2): 139-50. (in Thai)
17. Thanoi W, Panitrat R, Phanchaoenworakul K, Thompson E, & Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): Psychometric Properties. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2011; 29(3): 19-38.
18. Fox C, Mueller S, & Gray H, Raber J, Piper B. Evaluation of a short-form of the Berg Card Sorting Test. *PloS one* 2013; 8(5): e63885.
19. Pattananonkiat Y, Kunkhamchoo P, Ruchirachakon S & Saetang S. A Guide to Research and Development of Mental Health Technology. Nonthaburi: Best Step Advertising; 2011. (in Thai)
20. Cocks, K., & Torgerson D. Sample size calculations for pilot randomized trials: a confidence interval approach. *Journal of clinical epidemiology* 2013 66(2), 197-201.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

Health Literacy of Caregivers and Teachers about Pre School-Aged Care in Ubon Ratchathani Province

นาถอนงค์ แฝงพงษ์* ประภัสสร จันดี ณัฐธิดา ปัญญานาคกุล

Natanong Faengphong* Prapatsorn Jandee Nattida Panyatanakun

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็ก กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการ และพัฒนาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 384 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .244, p = .000, r = .128, p = .016, r = .129, p = .016, r = .108, p = .043$ ตามลำดับ) และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.018, p = .740$) ปัจจัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .513, p = .004$) และอายุ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .183, p = .333, r = -.196, p = .298, r = .149, p = .432$ ตามลำดับ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการ ($r = .169, p = .001, r = .126, p = .018$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลสามารถนำความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตรวจสอบ การตัดสินใจ และการสื่อสาร มาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้านโภชนาการให้กับผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็กได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เด็กวัยก่อนเรียน, ผู้เลี้ยงดูหลัก, ครูผู้ดูแลเด็ก

Abstract

This descriptive study aimed to determine the relationship between personal factors of primary caregivers and teachers, nutritional status, development and health literacy. The sample consisted of 384 primary caregivers and teachers of preschool in a child development center by using multi-stage sampling method. Instruments included personal characteristics questionnaire and health literacy questionnaire with

Corresponding author *Email: natanong.f@ubu.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่รับ (received) 21 ม.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มี.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มี.ค. 2566

Cronbach's alpha coefficient of .76. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the age, education level, occupation and income of the main caregivers were significantly and positively correlated with health literacy ($r = .244, p = .000, r = .128, p = .016, r = .129, p = .016, r = .108, p = .043$, respectively) and gender was not associated with health literacy ($r = -.018, p = .740$). Personal factors of teachers found that position was significantly associated with health literacy ($r = .513, p = .004$) and age, educational background and work experience were not significantly correlated with health literacy ($r = .183, p = .333, r = -.196, p = .298, r = .149, p = .432$ respectively) and health literacy in auditing and decision-making, and interpersonal communication were significantly correlated with nutritional and developmental ($r = .169, p = .001, r = .126, p = .018$, respectively).

The findings from this study indicate that nurses can apply health literacy interm of auditing, dicision-making, and communication to develop the process of nutrition education program for primary caregivers and teachers.

Keyword : Health Literacy, Pre School-Aged, Caregivers, Teachers

บทนำ

ปัจจุบันการสาธารณสุขของประเทศไทย ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ตามนโยบายการพัฒนาคนตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าประสงค์ให้มีการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เพื่อให้คนไทยสามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม¹ สำหรับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีความสำคัญ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก เพราะเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ดังนั้นครอบครัว รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน จึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ จนทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนทั้งในด้านการส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการ ทำให้สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ทำให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูเด็กได้ส่งผลให้เด็กวัยนี้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ² และปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็ก³ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน⁴ นอกจากนี้ มีการศึกษาปัจจัยด้านรายได้ของ

ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเด็ก พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเด็ก⁵ และไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูเด็ก⁶ ในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารายได้แปรผกผันกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁷ สำหรับการศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็กยังมีการศึกษาน้อย และยังพบว่าการศึกษาที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอสำหรับการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีเด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะอ้วน ร้อยละ 10.58 มีภาวะผอม ร้อยละ 6.30⁸ ซึ่งภาวะอ้วนและผอม ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยนำกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁹ มาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนกับภาวะโภชนาการ และพัฒนาการ เพื่อนำผลการศึกษามาจัดกระบวนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ และพัฒนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็ก ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็ก

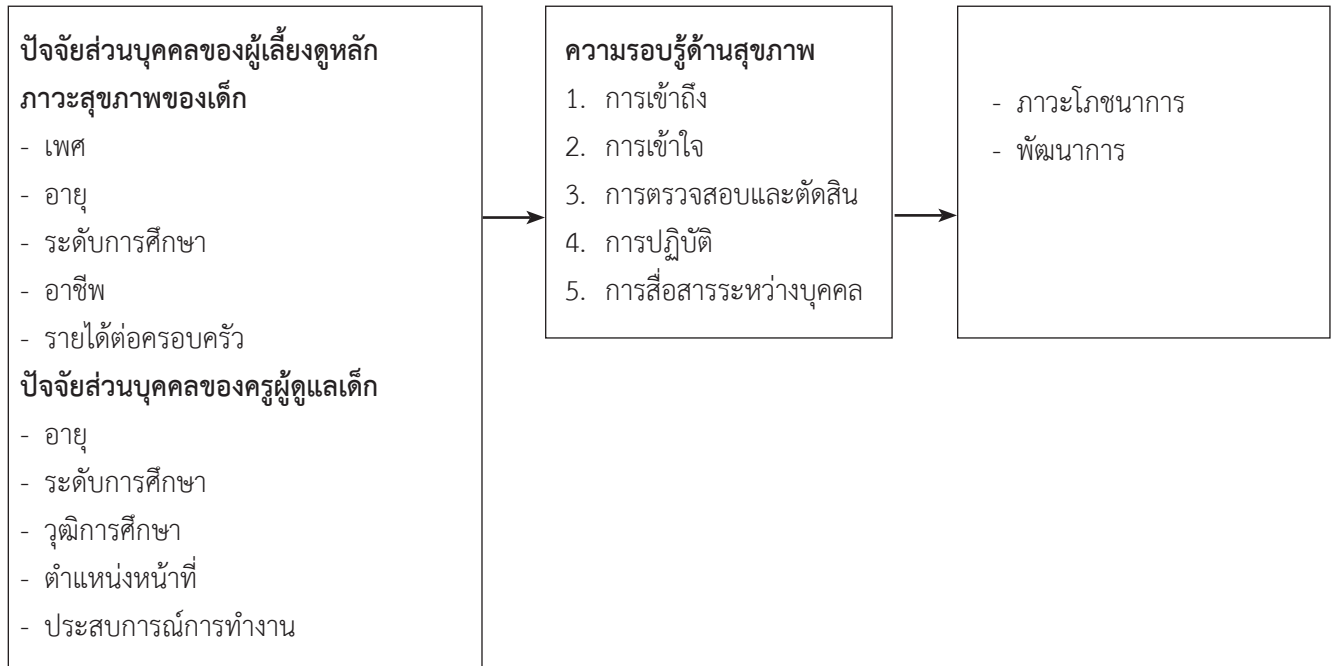
การตรวจสอบและตัดสินใจที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็ก การปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็ก และการสื่อสารระหว่างบุคคล ในการเลี้ยงดูเด็ก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก กับความรู้ด้านสุขภาพ

และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการ และการพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาใช้ ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากร คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนประชากร 38,410 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร^๖ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z² = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณผิดไปจากค่าจริง โดยกำหนด α = .05

P = ร้อยละ 50

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนด .05

$$n = \frac{(38,410)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(38,410-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$= 384$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน เก็บรวบรวมข้อมูล เดือน เมษายน พ.ศ. 2565-มิถุนายน พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีอายุ 21-59 ปี ที่มีเด็กในปกครอง อายุอยู่ระหว่าง 2-5 ปี
2. ครูหรือผู้ดูแลเด็ก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี
3. เด็กที่มีอายุ 2-5 ปี ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็ก
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ปกครองหรือครูผู้ดูแลเด็กย้ายที่อยู่อาศัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา วุฒิการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน จำนวน 66 ข้อ

2.1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน โดยแบ่งเป็น ความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล และการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล ดังรายละเอียด

ความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จำนวน 8 ข้อ ดังนี้ ง่าย คือ มีการเข้าถึงข้อมูลได้ทุกครั้งจากแหล่งข้อมูล (1) ปานกลาง คือ มีการเข้าถึงข้อมูลได้บางครั้งจากแหล่งข้อมูล (2) ยาก คือ มีการเข้าถึงข้อมูลได้น้อยจากแหล่งข้อมูล (3) การแปลผลข้อมูล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66 คือ มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการเลี้ยงดูได้มาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33 คือ มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการเลี้ยงดูได้บ้างไม่ได้บ้าง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.24 คือ มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการเลี้ยงดูได้น้อย

การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ คือ มีการเข้าถึงข้อมูล 5-7 วันในสัปดาห์ (4) ปฏิบัติบางครั้ง คือ มีการเข้าถึงข้อมูล 3-4 วันในสัปดาห์ (3) ปฏิบัติน้อยครั้ง คือ มีการเข้าถึงข้อมูล 1-2 วันในสัปดาห์ (2) ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่เคยมีการเข้าถึงข้อมูล (1)

การแปลผลข้อมูล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.74 คือ มีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.75-2.49 คือ มีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.24 คือ มีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.25-4.00 คือ มีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด

2.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน เป็นคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือกเป็น “ใช่” และ

“ไม่ใช่” จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะ ดังนี้ ตอบถูก (1) ตอบผิด (0)

การแปลผลข้อมูล ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน มี 3 ระดับ การจัดกลุ่มใช้คะแนนอิงเกณฑ์ ดังนี้

มีความเข้าใจถูกต้องที่สุด คือ ได้คะแนน 11-14 คะแนน หมายถึง รู้และเข้าใจที่ถูกต้องเพียงพอต่อการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน

มีความเข้าใจถูกต้องบ้าง คือ ได้คะแนน 7-10 คะแนน หมายถึง รู้และเข้าใจที่ถูกต้องบ้าง ไม่ถูกต้องบ้างต่อการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน

มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง คือ ได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง รู้และเข้าใจยังไม่ถูกต้องต่อการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน

2.3 การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน จำนวน 14 ข้อ

2.4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน จำนวน 12 ข้อ

2.5 การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็วก่อนเรียน จำนวน 8 ข้อ

มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 5-7 วันในสัปดาห์ (4) ปฏิบัติบางครั้ง 3-4 วันในสัปดาห์ (3) ปฏิบัติน้อยครั้ง 1-2 วันในสัปดาห์ (2) ไม่ปฏิบัติเลย (1)

การแปลผลข้อมูล ดังนี้ คะแนน 1.00-1.74 คือ น้อย คะแนน 1.75-2.49 คือ ปานกลาง คะแนน 2.50-3.24 คือ มาก และคะแนน 3.25-4.00 คือ มากที่สุด

3. เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็วก่อนเรียน ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก เป็นแบบสอบถามเว้นช่องว่างสำหรับเติมข้อมูลจริงของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุเด็ก เป็นบุตรลำดับที่ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูงปัจจุบัน

3.2 ด้านภาวะโภชนาการเด็วก่อนเรียน แบ่งเป็น 3 เกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

3.3 ด้านพัฒนาการของเด็วก่อนเรียน โดยใช้แบบประเมิน DSPM

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน โดยแบบสอบถามความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดู การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามทุกชุด เท่ากับ 1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การเข้าถึงข้อมูล การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดู การตรวจสอบและตัดสินใจ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดู และการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .79, .87, .85, .89, .85$ และ $.94$ ตามลำดับ) และทั้งฉบับ $\alpha = .76$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-160/2564 ซึ่งรับรองวันที่ 9 ธันวาคม 2564 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทั้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว นำหนังสือจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ถึงหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดพบผู้ปกครอง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดให้เป็นแถวห่างกันพอควรแจกแบบสอบถาม และชี้แจงรายละเอียดวิธีการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลา 15-20 นาที เมื่อผู้ปกครองเด็กทำการตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองที่มอบให้แล้วนำมาส่งผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นเพศหญิงเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 81.90) ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 40.96) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (ร้อยละ 31.10) มีอาชีพส่วนใหญ่ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 28.80) และมีรายได้ต่อเดือน เดือนละ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 33.90) และปัจจัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 53.33) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 80.00) และเรียนเอกปฐมวัย (ร้อยละ 96.70) ตำแหน่งหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 70.00) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน 11-15 ปี (ร้อยละ 33.34) และภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการซึ่งแบ่งตามน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบ เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 92.10) น้ำหนักน้อยหรือค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 2.36) และน้ำหนักค่อนข้างมากหรือมากเกินไป (ร้อยละ 5.64) แบ่งตามส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุปกติ (ร้อยละ 89.55) เตี้ยหรือค่อนข้างเตี้ย (ร้อยละ 4.24) และค่อนข้างสูงหรือสูง (ร้อยละ 6.21) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบ สมส่วน (ร้อยละ 90.68) ผอมหรือค่อนข้างผอม (ร้อยละ 3.39) และตัวมหรือเริ่มอ้วน (ร้อยละ 5.93) และพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย (ร้อยละ 98.60) และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ร้อยละ 1.40)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน โดยพบว่าภาพรวมมีการเข้าถึงแหล่งค้นหาข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนได้มาก ($\bar{X} = 1.57$, $SD = .48$)

2.2 การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน โดยพบว่าภาพรวมมีการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.57$, $SD = .57$)

2.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีความเข้าใจถูกต้องเพียงพอต่อการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ในเรื่องรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ และ 3 มื้ออาหาร ตื่นนอนวันละ 2-3 แก้ว (ร้อยละ 100.00) และเมื่อเด็กมีไข้ ให้เช็ดตัวลดไข้ และพาเด็กไปพบแพทย์ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาเป็นเรื่อง พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูควร เป็นแบบอย่างในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ระเบียบวินัย ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความมีน้ำใจ เป็นต้น (ร้อยละ 99.70)

2.4 การตรวจสอบและตัดสินใจในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีการตรวจสอบ ข้อมูลทุกครั้งก่อนที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก โดยพบว่าภาพรวมมีการตรวจสอบข้อมูลมากที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = .62$)

2.5 การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน โดยพบว่าภาพรวมของการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนมากที่สุด ($\bar{X} = 3.67$, $SD = .57$)

2.6 การสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน มีการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน กับผู้เลี้ยงดูเด็กในวัยเดียวกันมากที่สุด ($\bar{X} = 3.25$, $SD = .78$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านความยากง่ายในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล ($r = .244$, $p = .000$) และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์

เชิงลบกับความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล ($r = -.250$, $p = .000$) การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็ก ($r = .128$, $p = .016$) อาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็ก ($r = .129$, $p = .015$) และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็ก ($r = .108$, $p = .043$) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ($r = -.108$, $p = .001$) การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ($r = .155$, $p = .003$) การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ($r = -.130$, $p = .015$) และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ($r = .109$, $p = .041$)

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .471$, $p = .009$, $r = .443$, $p = .014$, $r = .540$, $p = .002$, $r = .487$, $p = .006$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนกับภาวะโภชนาการ

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการ	
	r	p-value
ความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล	-.238	.000**
การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล	-.122	.022*
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	-.016	.812
การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	-.224	.000**
การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	-.065	.222
การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	-.169	.003**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนกับภาวะโภชนาการ พบว่า รายด้านความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล ด้านการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะโภชนาการ ($r = -.238, p = .000, r = -.122, p = .022, r = -.224, p = .000, r = -.169, p = .003$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนกับพัฒนาการ

ตัวแปร	พัฒนาการ	
	r	p-value
ความยากง่ายในการค้นหาข้อมูล	-.083	.121
การปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล	.038	.478
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	.082	.125
การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	.169	.001**
การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	.042	.426
การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียน	.126	.018*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนกับพัฒนาการ รายด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กร่วมก่อนเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะพัฒนาการ ($r = .169, p = .001, r = .126, p = .018$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในด้านต่าง ๆ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ ร้อยละ 81.90 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นมารดาของเด็ก ซึ่งเป็นผู้ที่เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่าเพศชาย

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยากง่ายในการเข้าค้นหาข้อมูล และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลักมีอายุ 31-40 ปี ถึงร้อยละ 40.96 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีโอกาสในการค้นหาข้อมูล จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จากการทำงาน ทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.386$; $p < .001$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูลในการเลี้ยงดู โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ถึงร้อยละ 31.10 ซึ่งจะเห็นวาระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ยิ่งผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้ในการเข้าค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ย่อมส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ³ พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมีการประกอบอาชีพ รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 28.80 เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลัก มีการประกอบอาชีพทำให้เข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่าย ย่อมส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่พบว่าบุคคลที่มีอาชีพเป็นผู้จัดการมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่า

อาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความยากง่ายในการเข้าค้นหาข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก การที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้เดือนละ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.90 ทำให้ผู้เลี้ยงดูหลักต้องแสวงหาข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กที่สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงจึงมีการใช้สื่อออนไลน์ในการค้นหาข้อมูลการเลี้ยงดู ทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่พบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในด้านตำแหน่งหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดู ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นครูผู้ดูแลเด็ก ซึ่งครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีโอกาสได้อบรมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ย่อมส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถตรวจสอบและตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่พบว่าบุคคลที่มีตำแหน่งเป็นผู้จัดการมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ครูที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 11-15 ปี ร้อยละ 33.34 ครูที่ดูแลเด็กจะต้องมีการอบรมในแต่ละปี เพื่อให้มีความรู้ให้เกิดความเข้าใจในการเลี้ยงดู และสามารถตรวจสอบข้อมูลและตัดสินใจก่อนการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา¹¹ ที่พบว่าประสบการณ์ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนโดยการให้เด็กทำกิจกรรมประจำวันเอง เด็กจะมีการรับรู้แบบง่าย ทำให้ผู้ปกครองและครูเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการ พบว่า ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความง่ายในการค้นหาข้อมูล ด้านการปฏิบัติในการค้นหาข้อมูล ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก

($r = -.238$, $p = .000$, $r = -.122$, $p = .022$, $r = -.224$, $p = .000$ และ $r = -.169$, $p = .003$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพัฒนาการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ($r = .169$, $p = .001$ และ $r = .126$, $p = .018$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา ส่วนใหญ่ ซึ่งมีประสบการณ์การเลี้ยงดูเมื่อผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กมีการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลี้ยงดูทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่สมส่วนส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กทำให้มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. นำผลการวิจัยไปจัดทำกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการในเด็กวัยก่อนเรียน โดยนำความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยงานวิจัยนี้พบว่า ความเข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและตัดสินใจ พร้อมทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็กวัยก่อนเรียน

2. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก จัดทำใน รูปแบบ Application เรื่อง การส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กมีแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูมากขึ้น

2. ควรนำผลการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก และครูผู้ดูแลเด็ก มาจัดเป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

References

1. Pengchan W. Health literacy. In the document health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)

2. Suramitmaitee B. Health Literacy and Operation Situation Enhance the health intelligence of Thai people in order to support the ASEAN community. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs. 2013. (in Thai)
3. Suwanwaha S, Ampansirirat A & Suwanwaiphatthana W. Factor Related to Nutritional Status Among Preschool Aged Children: A Systematic Review. The Journal of Baromarajonani College of Nursing. 2019;25(2) : 8-24. (in Thai)
4. Tudsri P. Factors Associate with Nutritional Status among Pre – School Children in Muang District, Pathumtani Province. Journal of Nursing and Health Care. 2014;32(1) : 69-77. (in Thai)
5. Khunasa J, Koshakri R & Krainuwat K. Factors Related to Health Literacy among High Risk Diabetes Mellitus Population in Bangkok Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3) : 109-20. (in Thai)
6. Ministry of Public Health: HDC. Standard report group-screening. public health office. 2022. (in Thai)
7. Manganello, J. A. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. Healthy Education Research, 2008 ; 23 (5) : 840-7.
8. Kitpreedaborisut B. Social sciences research methodology. Bangkok; Charoen phon public, 2008. (in Thai)
9. Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., & Wei, N. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. BMC Public Health, 2013; 13, 261.
10. Yongbing, L., Yanru, W., Fang, L., Yanli, C., Liu, L., Yanfei, L., Hua, Y., & Qingquan, C. The health literacy status and influencing actors of older population in Xinjiang. Iranian Journal of Public Health, 2015 ;44 (7) : 913-9.
11. Attharos T, Siricharoenwong K, & Pidjadee C. Experiences of parents and teachers for enhancing health literacy of preschool children. Journal of Public Nurse, 2021;13 (1) : 199-207.

ปัจจัยการทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

Predicting Factors of Intention to Vaccination against COVID-19 among Old Adult in Rural Communities

อานนท์ สังขพงษ์*¹ ฐพัชร์ คັນสร² วีระชัย เตชะนิตติชัย³

Arnon Sangkhaphong*¹ Thaphat Khansorn² Verachai Techanirattisai³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand, 34190

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

²Faculty of Nursing, Western University, Buriram, Thailand, 31000

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นครราชสีมา ประเทศไทย 30000

³Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima, Thailand, 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 97 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 คะแนน (SD = 5.26) จากผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในรับวัคซีน ($\beta = .365, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยในการรับวัคซีน ($\beta = .223, p = 0.017$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน ($\beta = .212, p < .001$) และทัศนคติต่อการรับวัคซีน ($\beta = -.144, p = 0.011$) ที่สามารถรวมทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 44.2 ($R^2 = .442, p < .001$)

ผลการศึกษานี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีแนวทางในการส่งเสริมระดับความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น โดยการเพิ่มการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน นอกจากนี้ หากจัดการลดทัศนคติ เชิงลบให้น้อยลงจะยิ่งช่วยเพิ่มระดับความตั้งใจให้สูงขึ้นได้อีกด้วย

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความตั้งใจ, การรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

Abstract

This study aimed to examine the factors that predict the intention to vaccinate against COVID-19 among currently unvaccinated older adults from rural communities in Thailand. This research is a survey research, predictive correlation study design was collected from 97 older adults with a questionnaire. Factors associated with the intention to get the COVID-19 vaccination were estimated with stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the sample group had a moderate intention of vaccination against COVID-19 ($M = 13.4$, $SD = 5.26$). Participants had low perceived benefits of vaccination and negative attitudes toward vaccination. Results show that subjective norm ($\beta = .365$, $p < .001$), perceived ability to control factors ($\beta = .223$, $p = .017$), perceived benefits of vaccination ($\beta = .212$, $p < .001$), and attitudes toward vaccination ($\beta = -.144$, $p = .011$) were predictive of the intention to vaccinate against COVID-19. ($R^2 = .442$, $p < .001$)

The findings suggest healthcare professionals should consider these variables as a guideline for promoting higher levels of intention to receive the COVID-19 vaccine among older adults. It is necessary to increase the subjective norm, perceived ability to control factors and perceived benefits of getting vaccinated. In addition, improving patient attitudes will also increase the level of intention.

Keyword: older adults, intention, vaccination against COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เกิดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Coronavirus) เป็นเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจและเป็นโรคอุบัติใหม่ในคนซึ่งยังไม่มีภูมิคุ้มกัน^{1,2} ส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้างตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม ปี 2019 โดยทั่วโลกรายงานผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานวันที่ 30 กันยายน 2565 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 614 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยยังพบว่าผู้ติดเชื้อสะสม 4.6 ล้านคน เสียชีวิต 3.2 หมื่นคน และมีผู้ป่วยอาการระบบทางเดินหายใจรุนแรงรักษาตัวในโรงพยาบาลสะสมเกินกว่าวันละ 1 พันคน³ ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19⁴

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ ในปี 2022 พบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.6% ของประชากรไทย⁵ ปัจจุบันยังพบโควิดสายพันธุ์ใหม่ เช่น โอมิครอน เดลต้า อัลฟา อีกทั้งยังมีการกลายพันธุ์และแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเปราะบาง มีความเสื่อมถอยของร่างกาย และมีโรคประจำตัว จึงเพิ่มโอกาสต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตมากขึ้นเนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง⁶

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็วรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ภาครัฐจึงมีแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง และหลีกเลี่ยงที่แออัด⁷ นอกจากนี้การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก็เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อลดอัตราการป่วยตายได้² อีกทั้งทั่วโลกมีการศึกษาพัฒนาวัคซีนอย่างต่อเนื่องให้สามารถป้องกันเชื้อกลายพันธุ์ได้ และสามารถฉีดให้กับผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย โดยกระทรวงสาธารณสุขรับรองวัคซีนที่สามารถใช้ในกรณีฉุกเฉิน มีทั้งหมด 5 ยี่ห้อ ได้แก่ Pfizer AstraZeneca Moderna Sinopharm Sinovac และ Johnson and Johnson โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้รับวัคซีน AstraZeneca³ ซึ่งพบผู้ที่ได้รับวัคซีนแต่ละยี่ห้อ มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เช่น ไข้ ปวดศีรษะ หอบเหนื่อย เวียนศีรษะ ลมเผล็ด อดทน เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวและวิตกกังวล⁸

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ 2 เข็ม ประมาณ 2.4 ล้านคน ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพียงร้อยละ 22.3 เท่านั้น (สะสมตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ – 15 กันยายน 2564) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายผู้สูงอายุได้รับวัคซีนไว้ที่ 10.9 ล้านคน³ นอกจากนี้ยังพบข้อมูล ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยตายจากโรคโควิด 19 สูงกว่าวัยอื่น ๆ และสถิติการเข้ารับวัคซีน

ป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งพบประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่เท่านั้นที่เข้ารับบริการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ 2 เข็ม³

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาความตั้งใจของผู้สูงอายุในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ทัศนคติต่อการรับวัคซีนป้องกันโรค⁸⁻¹⁰ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนป้องกันโรค^{11,12} การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรค^{13,10} และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรค^{11,12,14,15}

สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุอย่างจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดบุรีรัมย์โดยผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้กำหนดนโยบายในการส่งเสริม ป้องกันโรค ด้วยการรับวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และลดอัตราป่วย อัตราตาย ของผู้สูงอายุจากโรคโควิด -19 ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดพฤติกรรมตามแผน¹⁵ เชื่อว่าหากบุคคลใดจะเกิดความตั้งใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคล โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยทัศนคติต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย

ต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จะส่งผลให้บุคคลมีระดับความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) ในชุมชนเขตชนบท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (3) อาศัยอยู่ในชุมชนเขตชนบท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ (4) ผู้สูงอายุไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้สูงอายุที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย (2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนจะถูกคัดออกจากการศึกษานี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนึงถึงความคลาดเคลื่อน ชนิดที่ 1 และ 2 (Type I และ Type II Error)¹⁶ จึงได้กำหนดค่าอำนาจทางทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.13 ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดกลาง¹⁷ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร เมื่อนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power รุ่น 3.1.9.4 พบว่า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10¹⁸ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 9 คน ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 97 คน โดยทำการสุ่มชุมชน อย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without replacement) จำนวน 2 ชุมชน พบจำนวนผู้สูงอายุ 642 ราย แล้วทำการคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ชุมชนที่ 1 มีจำนวนผู้สูงอายุ 210 ราย และชุมชนที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุ 188 ราย นำมาหาสัดส่วนผู้สูงอายุ แล้วจับสลากรายชื่อให้ครบตามจำนวน 97 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน¹⁵ และทบทวนวรรณกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปร และวัตถุประสงค์ที่ศึกษา แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน แบ่งเป็น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรค 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ความเหมาะสมในการใช้ภาษา (Wording) ความเป็นปรนัย (Objectivity) ความชัดเจนของข้อคำถาม และการจัดลำดับของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง และวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ .94

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยได้ออกแบบเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการรับวัคซีนประจำปี

แบบสอบถามทัศนคติต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินทัศนคติต่อการรับวัคซีนของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ทัศนคติเชิงบวก (4 ข้อ) ทัศนคติเชิงลบ (4 ข้อ) มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือ เห็นด้วยมาก 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง 2 คือ เห็นด้วยน้อย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วย ให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว ช่วงคะแนนระหว่าง 8-40 คะแนน แปลผลโดยช่วงคะแนน 8-18, 19-29 และ 30-40 เป็นผู้สูงอายุมีทัศนคติระดับเชิงลบ ปานกลาง และเชิงบวก ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก

หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการศึกษาแบบสอบถามทัศนคติต่อการรับวัคซีนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อประเมินความคิดเห็นต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนโควิด 19 ของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยใช้คำคุณศัพท์ 1 คู่ต่อ 1 คำถาม (Bipolar adjective) เป็นคำตอบที่มีความหมายตรงข้ามกัน (ไม่ควรไปมากที่สุด-ควรไปมากที่สุด, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ (Scale) คือ 1 2 3 4 5 6 7 โดยให้คะแนนมาตรฐานวัดค่าคุณศัพท์ซ้ายมือมีค่าน้อยที่สุดแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ถึงค่าคุณศัพท์ขวามือให้มีค่ามากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4-28 คะแนน แปลผลโดยช่วงคะแนน 4-11, 12-19 และ 20-28 เป็นการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สูง ในศึกษานี้แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนโควิด 19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อวัดความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) ว่ามีความสามารถในการควบคุมตนเองในการไปรับวัคซีน (Controllability) โดยใช้คำคุณศัพท์ 1 คู่ต่อ 1 คำถาม (Bipolar adjective) เป็นคำตอบที่มีความหมายตรงข้ามกัน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ (Scale) คือ 1 2 3 4 5 6 7 โดยให้คะแนนมาตรฐานวัดค่าคุณศัพท์ซ้ายมือมีค่าน้อยที่สุดแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ถึงค่าคุณศัพท์ขวามือให้มีค่ามากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 4-28 คะแนน แปลผลโดยช่วงคะแนน 4-11, 12-19 และ 20-28 เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดี

ในการศึกษานี้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .0.92

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนโรคโควิด-19

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว ช่วงคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลโดยช่วงคะแนน 6-14, 15-22 และ 23-30 เป็นการรับรู้ประโยชน์ระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงมีการรับรู้ประโยชน์ที่ดี ในการศึกษาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับวัคซีนโรคโควิด 19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

แบบสอบถามระดับความตั้งใจในการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อประเมินระดับความตั้งใจในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามความเป็นไปได้ว่าจะวางแผน มีความตั้งใจมุ่งมั่นหรือต้องการจะไปรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยใช้คำคุณศัพท์ 1 คู่ต่อ 1 คำถาม (Bipolar adjective) เป็นคำตอบที่มีความหมายตรงข้ามกัน (เป็นไปได้ไม่อย่างมาก-เป็นไปได้อย่างมาก) เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ (Scale) คือ 1 2 3 4 5 6 7 โดยให้คะแนนมาตรวัดคำคุณศัพท์ซ้ายมือมีค่าน้อยที่สุดแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ถึงคำคุณศัพท์ขวามือมีค่ามากที่สุด ช่วงคะแนน 3-21 คะแนน แปลผลโดยช่วงคะแนน 3-8, 9-14 และ 15-21 เป็นความตั้งใจในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สูง ในการศึกษาแบบสอบถามความตั้งใจในการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เอกสารรับรอง รหัสจริยธรรม เลขที่ 023/2564 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเองทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 5 - 30 มีนาคม พ.ศ. 2565 แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามข้อข้องใจได้ โดยจะไม่ขึ้นาคำตอบเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หลังจากสิ้นสุดการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนประจำปี และระดับความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ศึกษา ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่าง 97 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.24 ปี (SD = 5.06) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 72) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 80) ได้รับวัคซีนป้องกัน

ใช้หวัดใหญ่มากที่สุด (ร้อยละ 52.5) รองลงมา คือ วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบนิวโมคอคคัส (ร้อยละ 30.8) และพบมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 42.5) โดยส่วนใหญ่พบมีโรครวมมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 63.3)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล (n = 97)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่ได้	M	SD	แปลผล
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	11-24	20.3	4.23	มาก
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทัศนคติ	18-21	19.5	5.44	ปานกลาง
ความตั้งใจในการรับวัคซีน	10-38	16.4	4.24	เชิงลบ
การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน	3-21	13.4	5.26	ปานกลาง
	5-19	12.2	4.52	น้อย

การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า ทัศนคติเชิงลบต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ย 16.4 คะแนน (SD = 4.23) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 20.3 คะแนน (SD = 4.23) สำหรับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 19.5 คะแนน (SD = 5.44) และ 13.4 คะแนน (SD = 5.26) ตามลำดับ และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 12.2 คะแนน (SD = 4.52) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 97)

ตัวทำนาย	B	SE (b)	Beta	t	p
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	1.318	.137	.365	7.733	.000
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย	.426	.151	.223	2.255	.017
การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน	.162	.071	.212	3.108	.000
ทัศนคติต่อการรับวัคซีน	-.097	.113	-.144	-2.324	.011
ค่าคงที่ = 51.869		15.107		6.324	.000

$R^2 = .442$, $R^2_{adj} = .426$, $F = 9.313$, $p < .001$

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) เพื่อหาปัจจัยการทำนายต่อความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้

สถิติ (Assumption) เมื่อนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ พบว่า 4 ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 44.2 ($R^2 = .442$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุด มีนัยสำคัญทางสถิติ และถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\beta = .365$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ($\beta = .223$, $p = .017$) การรับรู้

ประโยชน์ของการรับวัคซีน ($\beta = .212, p < .001$) และทัศนคติต่อการรับวัคซีน ($\beta = -.144, p = .011$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้ ความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 = $51.869 + .365$ (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง) + $.223$ (การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย) + $.212$ (การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน) - 0.144 (ทัศนคติ)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า มีระดับความตั้งใจในการรับวัคซีน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.26 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากนัก เพราะวัคซีนอยู่ในช่วงพัฒนาและอนุญาตให้ใช้ในการฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก¹⁹ ระดับการศึกษามีส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ดี²⁰ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72 ดังนั้นอาจเกิดความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจจึงไม่เพียงพอ²⁰ อีกทั้งผู้สูงอายุมีประสบการณ์ได้รับผลข้างเคียงหลังฉีดวัคซีนพื้นฐานประจำปี²¹ ผู้สูงอายุอาจมีความกลัว วิตกกังวล¹⁴ รวมถึงรัฐบาลมีนโยบายบริการฉีดวัคซีนฟรี โดยความสมัครใจ ส่งผลให้คะแนนความตั้งใจในการรับวัคซีนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง^{22,23}

จากการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรค โรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 4 ปัจจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยตัวแรกที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย ซึ่งสามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุได้ เป็นไปตามทฤษฎี เนื่องจากหากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต้องการให้ไปรับการฉีดวัคซีน กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแสดงพฤติกรรมนั้น¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ความตั้งใจในการรับวัคซีนของประชาชนทั่วไปของประเทศอิสราเอล¹² พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ร่วมทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,21} ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบาง สมาชิกในครอบครัว ให้ความสำคัญและดูแลเป็นพิเศษการไปรับบริการฉีดวัคซีนจึงได้รับอิทธิพลจากคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว²⁴

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยในการรับวัคซีนป้องกันโรค สามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้สูงอายุหากมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองเรื่องนั้น ๆ แล้วย่อมสามารถควบคุมตนเองให้ตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ตามที่ตั้งใจได้ดีขึ้น^{15,25,26} สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักร¹⁰ และอิสราเอล¹² พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลจากการศึกษานี้ผู้สูงอายุอาจผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ยากลำบากในการตัดสินใจ²⁷ ซึ่งอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการเข้ารับการฉีดวัคซีนได้มากกว่าวัยอื่น ๆ

ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุได้ด้วยการเพิ่มระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีน เนื่องจากหากบุคคลรู้ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความเชื่อเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19²⁸ ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนสามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนของผู้สูงอายุได้^{12,29} ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทย การให้ข้อมูลความรู้ และประโยชน์เกี่ยวกับวัคซีนผ่านช่องทางต่าง ๆ มีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเฉพาะผลข้างเคียงของวัคซีน และประสิทธิภาพที่น้อยในการป้องกันเชื้อกลายพันธุ์³

ทัศนคติเป็นตัวแปรสุดท้ายของการศึกษานี้ที่สามารถทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของ

ผู้สูงอายุได้ สามารถอธิบายได้ว่าทัศนคติของแต่ละบุคคลต้องมีเหตุและผลที่จะชอบหรือไม่ชอบต่อพฤติกรรมนั้น ก่อนที่จะมีความตั้งใจแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา³⁰ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการฉีดวัคซีน จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19^{8,12,29,31} จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72 วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดน้อยลง อาจทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้น้อยกว่าวัยรุ่นหรือวัยกลางคนซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า⁸ และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้างในสังคม อาจได้รับข้อมูลด้านลบมากกว่าด้านบวกเกี่ยวกับวัคซีน ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19³²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผลการวิจัยพบระดับความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริม รมรณรงค์ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนและสร้างทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อลดทัศนคติเชิงลบให้น้อยลง ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับความตั้งใจในการเข้ารับบริการฉีดป้องกันโรคโควิด-19 ให้สูงขึ้น
2. ผลการวิจัยพบ เมื่อเพิ่มการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนให้สูงขึ้น ร่วมกับการลดทัศนคติเชิงลบให้น้อยลงจะยิ่งช่วยเพิ่มระดับความตั้งใจให้สูงขึ้นได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยเชิงทำนายในครั้งนี ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่จะสามารถเพิ่มความตั้งใจในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ หากมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบโปรแกรมหรือสร้างแนวทางการสร้างเสริมความตั้งใจในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ
2. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท หากมีการศึกษาในพื้นที่ชุมชนเมืองซึ่งจะทำให้ได้รับผลการศึกษาที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19 report; 2022
2. Jangpakdee S, Prasertsong C, Kasiphol T. The Effects of Health Literacy Program on Covid-19 Prevention Behaviors Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3): 333-41. (in Thai)
3. Department of Disease Control of Thailand 2022. The Coronavirus Disease 2019 Situation Report, Bangkok: Emergency Operations center; 2022. (in Thai)
4. Vanichaniramol S, Weerametachai S, Leesri Th. Risk Factors and Prognostic Retrospective Study of COVID-19 Morbidity among OPD Patients at Saraburi Hospital's Triage Center: A 14-Day Post Diagnosis Study, Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022; 16(2):343-55. (in Thai)
5. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand Statistical Forecasting Division. Bangkok, Thailand; 2022. (in Thai)
6. Damayanthi H, Prabani K, Weerasekara I. Factors Associated for Mortality of Older People With COVID 19: A Systematic Review and Meta-analysis. Gerontol Geriatr Med. 2021;7: 23337214211057392.
7. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Journal of nursing and health research. 2020;21(2):29-39. (in Thai)
8. Kittipimpanon K, Maneesriwongul W, Butsing N, et al. COVID-19 Vaccine Literacy, Attitudes, and Vaccination Intention Against COVID-19 Among Thai Older Adults. Patient Prefer Adherence. 2022;16: 2365-74. (in Thai)

9. Khumsaen N. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing*. 2021;4(1):33-47.
10. Hayashi Y, Romanowich P, Hantula D. Predicting Intention to Take a COVID-19 Vaccine in the United States: Application and Extension of Theory of Planned Behavior, *American Journal of Health Promotion*. 2022;36(4):710-13.
11. Krongyuth P, Khumkaew J, Sarati P, Sukaree W. Factors Associated with the Intention to Receive Influenza Vaccination among Elderly People with Chronic diseases: Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Science & Technology MSU*. 2018;37(6): 815-22. (in Thai)
12. Shmueli L. Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*. 2021;(21) :1-13.
13. Zhou M, Liu L, Gu SY, et al. Behavioral Intention and Its Predictors toward COVID-19 Booster Vaccination among Chinese Parents: Applying Two Behavioral Theories. *International Journal Environment Reseach Public Health*. 2022; 19(12):7520.
14. Pithayapibulpong T, Sungstittayakorn N, Chatchawansaisin K, Manasvanich B. Factors Associated with Herpes Zoster Vaccination in the Elderly. *Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM)*. 2021;4(2) :155-66. (in Thai)
15. Ajzen I. The Theory of Planned Behaviour : Frequently asked questions. *Homan Behavior and Emerging Technologies*. 2020;2:314-24.
16. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Polit, D. and Beck, C. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2008.
18. Stanley L, David W, Janelle K, Stephen K. *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons. (1990).
19. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations; 2022.
20. Schoultz M, Ohman J, Quennerstedt M. A review of research on the relationship between learning and health for older adults, *International Journal of Lifelong Education*. 2020;39(5):528-44.
21. Wang Z, Fang Y, Yu F, Chan P, Chen S, Sun F. Facilitators and barriers to take up a COVID-19 vaccine booster dose among community welling older adults in Hong Kong: a population-based random telephone survey. *Vaccines*. 2022;10(6):966.
22. Nikolovski J, Koldijk M, Weverling G, et al. Factors indicating intention to vaccinate with a COVID-19 vaccine among older U.S. adults. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251963.
23. Wu L, Wang X, Li R, Huang Z, Guo X, Liu J, Yan H, Sun X. Willingness to Receive a COVID-19 Vaccine and Associated Factors among Older Adults: A Cross-Sectional Survey in Shanghai, China. *Vaccines*. 2022;10(5):654.
24. Issarasongkhram M. The Relation between the factors of motivations to COVID-19 prevention and access to vaccination service among elderly people. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*. 2021;19(2). 56-67. (in Thai)

25. Backer M. The Health Belief Model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324-508.
26. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997
27. Serrano-Gemes G, Serrano-Del-Rosal R, Rich-Ruiz M. Experiences in the Decision-Making Regarding the Place of Care of the Elderly: A Systematic Review. Behav Sci (Basel). 2021; 11(2):14-23.
28. Zampetakis L, Melas C. The health beliefmodel predicts vaccination intentions against COVID-19: A survey experiment approach. Appl Psychol Health Well Being. 2021;13(2): 469-84.
29. Hayashi Y, Romanowich P, Hantula D. Predicting Intention to Take a COVID-19 Vaccine in the United States: Application and Extension of Theory of Planned Behavior. Am J Health Promote. 2022;36(4):710-3.
30. Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. 173-221
31. Fernandes N, Costa D, Costa D, Keating J, Arantes J. Predicting COVID-19 Vaccination Intention: The Determinants of Vaccine Hesitancy. Vaccines (Basel). 2021;9(10):1161.
32. Yodmai K, Pechrapa K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Factors Associated with Good COVID-19 Preventive Behaviors Among Older Adults in Urban Communities in Thailand. J Prim Care Community Health.2021;12: 21501327211036251.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร Factors Affecting Food Consumption Behaviors of Working People in Bangmapraw Health Promotion Hospital, Langsuan District, Chumphon Province

ปณิชนันท์ ทองวงศ์ญาติ*¹ มิ่งขวัญ ศิริโชติ² สุรเดช สำราญจิตต์² จันทร์จारी เกตุมาโร²

Panichanan Thongwongyat*¹ Mingkwan Sirichote² Suradej Samranjit² Chanjaree Getmaro²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว ชุมพร ประเทศไทย 86110

¹Bangmapraw Health Promotion Hospital Chumphon Thailand 86110

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240

²Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University Bangkok 10240

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 3. เจตคติต่อการบริโภคอาหาร 4. แบบสอบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .93 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .78 และแบบสอบถาม ส่วนที่ 3-4 ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .97, .98 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .75, .93 ทั้งฉบับเท่ากับ .96 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร อยู่ในระดับสูง $\bar{X} = .78$, $SD = .35$ เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.34$, $SD = 1.04$ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 2.44$, $SD = 1.06$ โดยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ $r = .288^*$ และ ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ $r = .620^*$

คำสำคัญ : กลุ่มวัยทำงาน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This description research was aimed to study knowledge and attitudes toward food consumption and food consumption behaviors of working people and to study the relationship between knowledge, attitude and consumption behaviors of 300 peoples working in Bangmapraw Health Promotion Hospital, Chumphon Province. The instrument used for collecting data was the questionnaire composed of 4 parts: 1. general data; 2. Knowledge about food consumption; 3. attitudes toward food consumption; and 4. food consumption behaviors. The content validity of the part 2 on knowledge about food consumption was found to be .93 and the reliability was .78, in accordance with KR-20. Regarding parts 3 and 4 of the questionnaire, the content validity was found to be .97 and .98 with the reliability values of .75 and .93, and the reliability of the two sets were .96 and .82 respectively. Data analysis was done by computing frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation. The relationship between variables was done by computing Pearson's Product Moment Correlation.

The results found that the food consumption knowledge of working people working in Bangmapraw Health Promotion Hospital, Langsuan District, Chumphon Province was at the high level $\bar{X} = .78$, $SD = .35$, Attitudes toward food consumption was at the moderate $\bar{X} = 2.44$, $SD = 1.06$, and food consumption behaviors was at the moderate level $\bar{X} = 3.34$, $SD = 1.04$. The low and positive significantly relationship between knowledge about food consumption and food consumption behaviors was relationship. Found $p < .01$, $r = .288^*$ and a high and positive relationship between attitudes toward food consumption and food consumption behaviors was found significantly $p < .01$, $r = .620$.

Keywords: Working people, food consumption behavior, Subdistrict Health Promotion Hospital

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า 5 พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อ 5 โรคยอดฮิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยส่งผลต่อ 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งทางเดินหายใจเบาหวาน และภาวะสุขภาพจิต¹ ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ชีวิตมีผลอย่างมากต่อการเกิดโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases : NCDs) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลกและคนไทย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญยังคงมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ชีวิตทั่วโลกมีคนตายด้วยโรค NCDs ปีละกว่า 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการตายทั้งหมด โดยมีประมาณความสูญเสียสูงถึง 47 ล้านล้านดอลลาร์ภายในปี 2573 หากยังไม่มีมาตรการแก้ไข²

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงาน มีความชุกของภาวะอ้วน

ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายร้อยละ 37.8 และเพศหญิงร้อยละ 46.4 มีภาวะอ้วน ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8 คนไทยวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวัน 2.3 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอแนะกินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวัน 1.4 ส่วน เมื่อพิจารณาการกินผักและผลไม้พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการกินผักและผลไม้รวมในปริมาณ เฉลี่ย 3.7 ส่วนต่อวัน ประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 21.2) ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคผักผลไม้ต่อวัน เพียงพอตามข้อเสนอแนะ โดยประชากรอายุ 30-44 ปีมีพฤติกรรมการบริโภคผัก ผลไม้ต่อวันเพียงพอตามข้อเสนอแนะสูงกว่าวัยอื่น คือร้อยละ 22.0 พฤติกรรมการกินอาหารของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 73.0 ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15-29 ปีคือ ร้อยละ 64.0 โดยผู้หญิงวัยแรงงานส่วนมากงดอาหารมื้อเช้า³ ซึ่งพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะเป็น การบริโภคผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ และการบริโภคหวาน มัน เค็มที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกาย รวมถึงการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก และไม่สะอาดล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพ และเป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโรคเมตาบอลิก โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินอาหาร⁴

จากการคัดกรองค่าดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2562-2564 มีค่าดัชนีมวลกายเกินมากขึ้น (BMI $\geq$ 25 kg/m²) ร้อยละ 38.61, 37.96 และ 46.7 ตามลำดับ และจากการคัดกรองโรคเรื้อรังในประชากร 3 ปีย้อนหลังพบว่า กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงปี 2562-2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.02, 29.2 และ 23.38 ตามลำดับ และพบมีว่าอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยงปี 2562-2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.22, 13.33 และ 14.29 ตามลำดับ⁵ สาเหตุสำคัญมากจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องโดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง⁴ และจากทบทวนวรรณกรรมการศึกษา ทฤษฎี KAP เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ ทักษะ และการยอมรับปฏิบัติ ทั้ง 3 ตัวแปรนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกัน คือ เมื่อเกิดความรู้ ส่งผลให้เกิดเจตคติ และตามมาด้วยพฤติกรรม เช่น เมื่อรับทราบข้อมูลข่าวสาร เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกหลัก ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร นำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ทั้งกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวได้⁶ และจากการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานครพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของเจตคติมีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคและเจตคติต่อการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจโดยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP)^{8,9} มาใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากหากมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน ปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการทางด้านสุขภาพร่างกายและอารมณ์ จิตใจ สติปัญญาและสุขภาพอนามัยของบุคคล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพประชาชน รวมทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบูรณาการเข้ากับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าวอำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำถามการวิจัย

1. ความรู้และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับใด
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด KAP⁹ ซึ่งกล่าวถึงปัจจัย 3 ด้านคือ ด้านความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้านเจตคติต่อการบริโภคอาหาร และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้ทฤษฎี KAP⁹ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 1,073 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว ใช้การสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้านโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างโดย G* power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่ต่ำกว่า 283 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุ 15-59 ปี อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่ที่ 1,2,3,4,5,6,7 และ 9 ตำบลบางมะพร้าว อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 2) ไม่มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็นและการสื่อสาร 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัยได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการกำหนดหมายเลขให้กับรายชื่อประชากรแต่ละหมู่ที่ต้องการตามสัดส่วนประชากรที่คำนวณไว้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามพัฒนามาจากแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁴ เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก/ส่วนสูง โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน พิจารณาตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ .00-.33 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ .34-.67 หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง .68-1.00

หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เจตคติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 9 ข้อ โดยวัดแบบมาตราส่วนวัดเจตคติโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามมีข้อความด้านบวก จำนวน 2 ข้อ ข้อความด้านลบ จำนวน 7 ข้อ พิจารณาตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00-2.33 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ 2.34-3.67 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง 3.68-5.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารประจำวันในหนึ่งสัปดาห์แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง บางครั้ง ไม่เคยเลย เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามมีข้อความด้านบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อความด้านลบ จำนวน 15 ข้อ พิจารณาตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ .00-1.33 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ 1.34-2.67 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง 2.68-4.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย รองคณบดีฝ่ายบริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 1 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากน้ำ หลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 1 ท่าน โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา ส่วนที่ 2 เท่ากับ .93 และแบบสอบถามส่วนที่ 3-4 ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .97, .98 ทั้งฉบับเท่ากับ .96 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้วัยทำงานไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .78 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติและส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .75 และ .93 ทั้งฉบับ เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยให้ทำแบบสอบถามไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุล และข้อมูลอื่นๆ โดยจะรักษาข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วม

โครงการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนจะทำการเก็บข้อมูล และการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เลขที่ 006/2565 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว ผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการและนัดหมายวันเวลาเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดชุมพร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์แนวทางการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจต่อข้อคำถามต่างๆ ในแบบสอบถาม พบกลุ่มตัวอย่างในชุมชนตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกับผู้ผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติกับพฤติกรรมการบริโภค โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้ ค่า r ดังนี้ .01-.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก .21-.40 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ .41-.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง .61-.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูง และมากกว่า .80 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก¹¹

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชากรกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดชุมพร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน เพศหญิงร้อยละ 61.30 เพศชายร้อยละ 38.70 ส่วนใหญ่มีอายุ 36-59 ปี ร้อยละ 60.66 อายุเฉลี่ย 38.67 ปี (SD = 12.70) มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.00 โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อเดือน 225 คน ร้อยละ 75.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน จำนวน 105 คน ร้อยละ 35.00 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 245 คน ร้อยละ 81.67

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดชุมพร (n = 300)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ประโยชน์ของอาหารหลักหมู่ที่ 1 ประเภทโปรตีนคือข้อใด	.92	.27	สูง
2. อาหารที่จัดเป็นแหล่งแคลเซียมของไทยที่ดีที่สุดคือข้อใด	.79	.40	สูง
3. อาหารประเภทใดที่รับประทานมากเกินไปแล้วจะทำให้อ้วน	.89	.31	สูง
4. ประโยชน์ของอาหารที่มีเส้นใยและกากอาหาร คือข้อใด	.87	.33	สูง
5. อาหารชนิดใดเป็นแหล่งพลังงานหลักที่คนไทยรับประทานมากที่สุด	.82	.38	สูง
6. ลักษณะของอาหารรสจัดในข้อใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามหลักโภชนาการ	.80	.40	สูง
7. หลักในการเลือกรับประทานอาหารข้อใดถูกต้องที่สุด	.87	.33	สูง
8. เพราะเหตุใดเราจึงควรรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่	.90	.30	สูง
9. ควรเลือกรับประทานอาหารอย่างไรจึงจะถูกหลักโภชนาการ	.19	.39	ต่ำ
รวม	.78	.35	สูง

จากตาราง 1 พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานมีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = .78$, $SD = .35$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อ 1 ประโยชน์ของ

อาหารหลักหมู่ที่ 1 ประเภทโปรตีนคือข้อใด ($\bar{X} = .92$, $SD = .27$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดมีระดับความรู้ในระดับต่ำได้แก่ข้อ 9 ควรเลือกรับประทานอาหารอย่างไรจึงจะถูกหลักโภชนาบัญญัติ ($\bar{X} = .19$, $SD = .39$)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 300)

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน	3.02	1.18	ปานกลาง
2. การรับประทานอาหารหลากหลายชนิดจะส่งผลดีต่อร่างกาย	3.95	.58	สูง
3. การดื่มกาแฟจะทำให้อ่านหนังสือ/ทำงานได้นานขึ้น	3.34	.89	ปานกลาง
4. การรับประทานอาหารสำเร็จรูปเป็นการประหยัดและมีประโยชน์	3.30	.96	ปานกลาง
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
5. การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมให้ประโยชน์ต่อร่างกาย	2.95	1.28	ปานกลาง
6. อาหารประเภทแป้ง อย่าง รมควัน ไม่มีอันตรายต่อร่างกาย	3.20	.69	ปานกลาง
7. วิตามินไม่จำเป็นต้องดื่มเพราะร่างกายเติบโตเต็มที่แล้ว	3.44	1.21	ปานกลาง
8. การดื่มน้ำอัดลมทำให้สดชื่นกระปรี้กระเปร่า	3.55	1.14	ปานกลาง
9. การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่และไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้มีผลต่อสุขภาพในอนาคต	3.28	1.42	ปานกลาง
รวม	3.34	1.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานมีระดับเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD = 1.04$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูงได้แก่ข้อ 2 การรับ

ประทานอาหารหลากหลายชนิดจะส่งผลดีต่อร่างกาย ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .58$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลาง ได้แก่ข้อ 5 การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมให้ประโยชน์ต่อร่างกาย ($\bar{X} = 2.95$, $SD = 1.28$)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าวอำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 300)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ	3.61	.76	สูง
2. ท่านประกอบอาหารรับประทานเอง	3.36	.89	สูง
3. ท่านรับประทานอาหารจานด่วนหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน (ร้านอาหาร, แผงลอย) หรือซื้ออาหารปรุงสุก (แกงถุง)	2.25	1.27	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้	2.95	1.02	สูง
5. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.30	1.02	สูง
6. ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	2.74	1.09	สูง
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์	2.57	1.10	ปานกลาง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
8 ทานเติมน้ำตาลเมื่อรับประทานอาหารที่ร้าน หรือที่บ้าน	2.48	1.31	ปานกลาง
9 ทานรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่นองุ่น ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก	2.14	1.08	ปานกลาง
10 ทานรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหวานน้ำเชื่อม	2.28	.94	ปานกลาง
11 ทานดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้รสหวาน และเครื่องดื่มรสหวาน ทานดื่มเครื่องดื่มเย็น	2.18	1.04	ปานกลาง
12 ทานรับประทานอาหารประเภทผัดเช่น ผัดไทย ผัดซีอิ๊ว หรือประเภททอด	2.12	1.03	ปานกลาง
13 ทานรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวหมูกรอบ	2.19	.99	ปานกลาง
14 ทานประกอบอาหารใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู	1.99	1.41	ปานกลาง
15 ทานรับประทานอาหารจำพวกแกงกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ขนมจีนน้ำยา	2.08	1.03	ปานกลาง
16 เมื่อทานรับประทานอาหารเช้าทานมือน้ำปลา /เกลือ/ซีอิ๊ว/ซอสถั่วเหลือง/ซอสปรุงรส หรือเมื่อปรุงอาหารรับประทานเอง	2.04	1.11	ปานกลาง
17 ทานรับประทานอาหารแปรรูปหรือผ่านการถนอมอาหารหรืออาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น กะปิ ปลาร้า ไตปลา น้ำดู ผักดอง เต้าหู้ยี้ อาหารกระป๋อง	2.14	1.01	ปานกลาง
18 ทานรับประทานขนมกรอบกรอบ ขนมถั่ว ขนมขบเคี้ยว ข้าวเกรียบ ข้าวโพดคั่ว ขนมมันฝรั่งทอดกรอบ	2.22	1.06	ปานกลาง
19 ทานรับประทานผลไม้สด/ผลไม้ต้องจิ้มพริกเกลือ ผลไม้จิ้มกะปิ/น้ำปลาหวาน	2.16	1.06	ปานกลาง
20 ทานรับประทานอาหารจานเดียวและที่มีน้ำจิ้ม/น้ำราด เช่นข้าวหมูแดง ข้าวยา ข้าวคลุกกะปิ ข้าวไก่ทอดริยากิ ข้าวผัดกระเพรา	2.19	1.03	ปานกลาง
รวม	2.44	1.06	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ามีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.44$, $SD = 1.06$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อที่ 1 ทานรับประทานอาหารเช้าในแต่ละวัน

ครบ 3 มื้อ ($\bar{X} = 3.61$, $SD = .76$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อ 14 ทานประกอบอาหารใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู ($\bar{X} = 1.99$, $SD = 1.44$)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และระดับความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าวอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (n = 300)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	.288*	<0.000	มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	.620*	<0.000	มีความสัมพันธ์กันระดับสูง

*p< .01

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำที่ระดับ p<.01

(r = .288*) และความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงที่ระดับ p<.01 (r = .620*)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่สามารถเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากเทคโนโลยีได้หลากหลายช่องทางทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ได้ง่าย¹² สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักศึกษา ในภาพรวมของระดับความรู้อยู่ในระดับสูง¹³

2. เจตคติต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าระดับความเจตคติต่อการบริโภคอาหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 36-59 ปี ร้อยละ 60.66 ซึ่งเจตคติต่อการบริโภคอาหารนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลต่ออาหารซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลด้วย¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคณาจารย์เจริญ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเจตคติมีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง⁷ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ และข้อมูลโภชนาการ บนฉลากโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่าด้านทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการและการอ่านฉลากโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี¹⁵

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไปร้อยละ 45.33 อาจส่งผลให้มีระดับความรู้หรือต้นทุนทางปัญญาที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่จะทำให้เกิดการสื่อสารทางด้านพฤติกรรมนำความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ แต่ไม่

สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.28 ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน) การศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 30.28 อยู่ในระดับดี¹⁷

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรวัยทำงานในระดับต่ำ¹² สอดคล้องกับชาร์ทที่กล่าวว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม¹⁸ และเป็นไปตามแนวคิดเรื่อง KAP model ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดย กล่าวคือความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น⁹

5. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าทัศนคติการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือหากมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการบริโภคอาหารในระดับดีจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีด้วย¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชนบท พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนควรจัดกิจกรรม สร้างบุคคลตัวอย่างหรือชุมชนต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีสื่อออนไลน์ประชาสัมพันธ์ที่ทันสมัยเพื่อให้

ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลสะดวกขึ้นและเป็นแหล่งที่เชื่อถือได้

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการรณรงค์ให้ความรู้และเจตคติกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหรือขอความร่วมมือกันในการจัดกิจกรรมอบรมเกี่ยวกับหลักโภชนาการในกลุ่มวัยทำงานเพื่อส่งเสริมการให้ความรู้และเจตคติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมบริโภคที่ดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน
2. ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน

References

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCDs) Country Profiles. Switzerland: World Health Organization; 2014.
2. World Health Organization. Switzerland: World Health Organization, Noncommunicable Diseases (NCDs) Country Profiles; 2018.
3. Bureau of Nutrition Department of Health Ministry of Public Health. 5 Year Nutrition Action Plan 2019-2023. Bangkok: Bureau of Nutrition Department of Health Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
4. Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Modification of Food Consumption Behavior of Working age groups. Nonthabur: Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
5. Bangmapraw Health Promotion Hospital. HDC Performance Summary Report for the Year 2021. Chumphon: Bangmapraw Health Promotion Hospital; 2021. (in Thai)
6. Tanangkun N, Sugkaroek P. Attitude Toward Supplement Usage in Medical Students at Bhumibol Adulyadej Hospital. Journal of Graduate Studies. 2019; 7(1): 1347-57. (in Thai)
7. Chaingkuntod S, Mattavangkul C, Chanchaoen K, Hongkailert N, Ngoamoon S, Udomsri T, et al. Knowledge and Behavior on Food Consumption of Pasi Charoen Persons. Bangkok: Research center for Community Development Siam University; 2014. (in Thai)
8. Bloom BS. Human Characteristics and School Learning Book MH, editor. New York; 1976.
9. Samranjit S. Lecture Notes of Health Behaviors in Public Health Work PHA6101 Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2020. (in Thai)
10. Bangmapraw Health Promotion Hospital. Report on the Population of Responsible Areas for the Year 2022. Chumphon: Bangmapraw Health Promotion Hospital; 2021. (in Thai)
11. Wiersma W, Jurs SG. Research Methods in Education. 9th ed. Boston : Allyn-Bacon; 2019
12. Pensresirikul W. Factors Related to Food Consumption Behaviors of Working People in Bangkok Metropolis.(thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
13. Siladlao S, Saykaew T, Kingkaew W, Wongpituk K, Promsorn T. Factors Relating Affect to Foods Nutrition Consumer Behavior of Bachelor's Degree Student Suan Sunandha Rajabhat University, Samut Songkhram Campus. Science and Technology Journal of Srisaket Rajabhat University. 2021; 1(1): 61-72. (in Thai)
14. Tantraseneeratn K, Petsirasan R, Noonil. Relationships Knowledge, Attitude and Peer Influences, and Food Consumption Behaviour on Nutritional Status Among Adolescents in a Rural Area of Nakhon Si Thammarat Province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021; 14(2): 165-80. (in Thai)

15. Phokhang-Just W, Sarakshetrin A, Chantra R. Knowledge, Attitude, and Practice towards Nutrition and Nutrition Levels of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat-Thani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. ; 16 (1): 93-100. (in Thai)
16. Chaitokkia S. Factors affecting food consumption behaviors of adults in northeastern Thailand. Research and Development Institute Loei Rajabhat University. 2018 13(45): 68-78. (in Thai)
17. Saichamchan S, Undara W, Boonbunjob U, Thinsorn R Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of People in Baan Aur-arthorn Community Bangkhen (Klong thanon). *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(3): 376-86. (in Thai)
18. Schwart. Nance E. Nutrition Knowledge Attitude and Practice of High School Graduated. *Journal of The America Dietetic Association*. 1975.
19. Rotjanachewkom S. The Attitudes and Behaviors on Food Consumptions of the Staff in the Sakon Nakhon Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*. 2019; 2(3): 32-42. (in Thai)
20. Sridawruang C, Worawong C, Sriyasak A, Howharn C, Manassatchakun P. Relationships between Knowledge, Attitude, and Behavior toward Food Consumption and Physical Exercises among Rural Overweight Middle-Aged Adults. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020; 14(35): 464-82. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด

The Effects of Cognitive Declining Prevention Program for the Older Adults in Community, Wat Salut Health Promoting Hospital

เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์*¹ อุบลพรรณ ชีระศิลป์² ชฎาภา ประเสริฐทรง²

Pensiri Khotapat*¹ Ubolpun Theerasilp² Chadapa Prasertsong²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

¹Wat Salut Tambon Health Promoting Hospital, Samutprakarn, Thailand 10540

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

²Faculty of Nursing Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันความเสื่อมถอยของสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมการฝึกสมอง จำนวน 8 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันสมองเสื่อมถอยและการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่า 1.0 แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยหรือแบบประเมิน TGDs มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยหรือแบบทดสอบ MMSE มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 แบบทดสอบ Clock Drawing Test (CDT) มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples Test และ Independent Samples Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ ข้อเสนอแนะโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้เพื่อป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุได้จริงซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

*Corresponding author: E-mail: Pensiri.khotapat@gmail.com

Abstract

This study was a quasi-experimental research with two group pretest-posttest design. The sample groups were 60 older adults, selected by simple random sampling within inclusion criteria. They were divided into a control group and an experimental group, each consisting of 30 people. The experimental group were intervened with cognitive declining prevention program consisting of 8 brain training activities, while the control group were received only dementia knowledge of cognitive declining prevention and normal nursing intervention. The tools included Cognitive declining prevention program with an Index of item-objective congruence (IOC) 1.0, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) with a reliability of 0.93, Thai version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) with a reliability of 0.93, and the Clock Drawing Test (CDT) with a reliability of 0.75. Data were analyzed by using statistics, including percentage, mean, standard deviation, paired samples test, and independent samples test.

The research found that the experimental group had significantly higher average scores of cognitive functions before and after participating in the program with statistical significance at the .05 level. When comparing the average scores of cognitive functions after the experiment, the experimental group had significantly higher scores than the control group at the .01 level. This shows that participating in the program can improve the brain function of the elders who suspected dementia. The program can be used to prevent dementia in the elders, which will improve their quality of life.

Keywords: Cognitive Declining Prevention Program, The older adults, Dementia

บทนำ

การคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในช่วง 15 ปี ตั้งแต่ปี 2558 มีโอกาสที่ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 56 โดยอาจมีจำนวนมากถึง 1,400 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหากับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โครงสร้างของประชากรไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสูงสุดไปอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า² ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลกที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะสมองเสื่อม จากสถิติข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกิดภาวะสมองเสื่อม 47.47 ล้านคน³ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอีกจากรายงานสถิติผู้สูงอายุไทยในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 12,126,016 คน⁴ มีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีจำนวนสูงถึงหลักล้านคน^{5,6} โดยปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มักมีปัญหาคความทรงจำจากอายุที่มากขึ้น อาการในระยะแรกเริ่มของโรคนั้นยากต่อการวินิจฉัยโรค ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย

ความสามารถในการจดจำ ตลอดจนการรับรู้เสื่อมถอยลงจนสูญเสียความสามารถทางสมอง เมื่อผู้สูงอายุจะไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตัวเองได้ การเจ็บป่วยไม่ได้กระทบต่อตัวผู้สูงอายุ แต่มีผลถึงผู้ดูแล มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรง มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล⁶ ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคอัลไซเมอร์ พบได้บ่อยถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิง⁷

การทำงานของสมองสามารถชะลอความเสื่อมถอยได้ โดยใช้แนวคิดเรื่องการกระตุ้นการรู้คิด เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าศักยภาพของสมองสามารถพัฒนาให้แข็งแรงและซ่อมแซมได้ เช่นเดียวกับกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ โดยการกระตุ้นการรู้คิดจะช่วยให้สมองหลั่งสาร นิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ที่ช่วยให้เซลล์ส่วนเดนไดรต์ (Dendrite) ทำงานได้ดีขึ้นและเพิ่มจำนวนเส้นใยของเซลล์ประสาท (Axon) ซึ่งมีหน้าที่ลำเลียงข้อมูลสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาททำงานได้ดีขึ้น เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ปรับสมดุลของ Neurotrophic factors โดยเฉพาะอย่างยิ่งอะซีติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งผลต่อ

ความสามารถในส่วนการรู้คิด (Cognitive function)⁸ การกระตุ้นการรู้คิดมีประโยชน์อย่างมากในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม โดยแนวทางการกระตุ้นการรู้คิดสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การฝึกสมาธิจดจ่อ (Attention) การฝึกการรับรู้(Orientation) การฝึกความจำ (Memory) การใช้ภาษา(Language) การคิดเชิงบริหาร (Executive function) ในด้านที่สำคัญ เช่น การจัดหมวดหมู่ การฝึกคิดคำนวณ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา ความสัมพันธ์เชิงตรรกะเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการใช้กิจกรรมที่มีในโปรแกรมฟื้นฟูการทำงานของสมองส่วนรู้คิดในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเสื่อมของสมอง ที่พบว่ากิจกรรมสามารถป้องกันความเสื่อมของสมองได้^{9,10,11}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อำเภอ บางพลี มีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลถึง 3,659 คน ในปีพ.ศ. 2565¹² และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงได้สำรวจนำร่องกับผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยหรือแบบทดสอบ MMSE กับผู้สูงอายุ หมู่ที่ 7

ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จำนวน 15 คน พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีความจำบกพร่องและอาจเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุดขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่างานวิจัยนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดที่ดีขึ้น เปรียบเสมือนการบริหารสมองเพื่อป้องกันความเสื่อมของสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

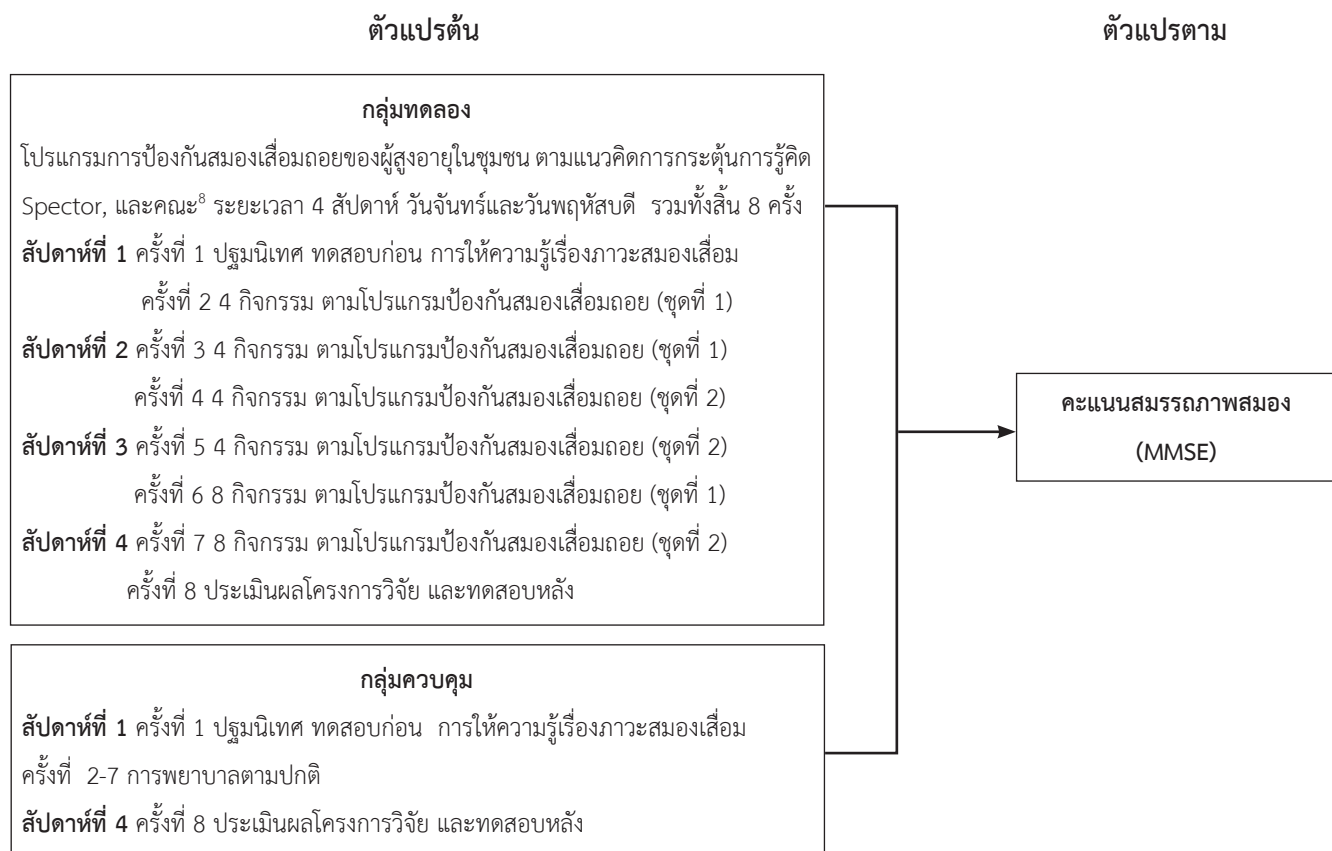
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อม มีผลอย่างไรต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย มีคะแนนสมรรถภาพสมองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย มีคะแนนสมรรถภาพสมองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมถอย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3,659 คน¹²

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถอ่านและพูดภาษาไทยได้ 2) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และการมองเห็น 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า 4) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด หรือป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 5) ไม่ใช่ว่าที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท 6) ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ 7) เป็นผู้ที่ได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบ MMSE โดยมีค่าคะแนนอยู่ในระดับความจำบกพร่องเล็กน้อย กรณีเรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนน 18-22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน กรณีเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา 23-26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 8) เป็นผู้ที่ได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบ Clock Drawing Test ระดับคะแนนมากกว่า 6 และ 9) ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดการดำเนินโครงการ

3. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณได้ค่าอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุตรินทร์ หลิมสุนทร และคณะ¹¹ เท่ากับ 1.65 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพล

ขนาดใหญ่ แสดงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองสูง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 และค่าแอลฟาที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.90 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน และสำรองเพิ่มในกรณีเก็บข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

1.1 แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย หรือแบบประเมิน TGDS (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the brain forum Thailand)¹³ มีค่า Reliability 0.93 ใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้น ก่อนทดสอบด้วยแบบทดสอบ MMSE และแบบทดสอบ Clock Drawing Test

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยหรือแบบทดสอบ MMSE (Mini- mental state examination Thai Version: MMSE - Thai 2002) เป็นแบบประเมินสภาพสมอง แปลโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์¹⁴ มีค่า Reliability 0.97

1.3 แบบทดสอบ Clock Drawing Test (CDT) เป็นแบบทดสอบหนึ่งที่ใช้ในการประเมินการทำงานของสมองส่วนรู้คิดเพื่อวินิจฉัยโรคภาวะสมองเสื่อม¹⁵ มีค่า Reliability 0.75 โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน สูงสุด คือ 10 คะแนน โดยมีจุด cut off ที่ 7 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้จุด cut off ที่ 6 เพื่อให้ได้ค่าจำเพาะที่สูงขึ้น และใช้ร่วมกับแบบทดสอบ MMSE เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และมีความแม่นยำ

1.4 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ การดื่มสุรา การนอนหลับ และการใช้ยารักษาโรค มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

2. โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย

โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย โปรแกรมนี้ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการฝึกสมอง^{10,16,18,19} โดยโปรแกรมป้องกันความเสื่อมของสมอง ประกอบด้วย การให้

ความรู้เรื่องสมองเสื่อมและ 8 กิจกรรม ซึ่ง 8 กิจกรรมนี้เป็นชุดกิจกรรม 2 ชุด ดังนี้

2.1 กิจกรรม วัน-เวลา (Orientation) เพื่อกระตุ้นความจำ (Memory) ในเรื่องวัน เดือน ปี และ เวลา

2.2 กิจกรรม เล่าเรื่องจากภาพ เพื่อฝึกทักษะมิติสัมพันธ์ ให้ต่อภาพจิ๊กซอให้สมบูรณ์ จากนั้นบอกเล่าความเชื่อมโยงของเรื่องราวจากภาพ เพื่อกระตุ้นความทรงจำระยะยาว

2.3 กิจกรรม เนื่อคู่อยู่ไหน เพื่อฝึกประสาทสัมผัส และการจินตนาการ กติกาให้ผู้เล่นเลือกคำสั่งของในกระเป๋แล้วจึงนึกว่าเป็นของสิ่งใด จากนั้นจึงหยิบมาวางจับคู่กับของที่สัมพันธ์กัน

2.4 กิจกรรม ปริศนาจับผิดภาพ เพื่อฝึกการสังเกต และการฝึกสมาธิจดจ่อ (Attention) กติกาให้ผู้เล่นพยายามหาความแตกต่างกันของภาพ แล้วใช้ดินสอวงกลมจุดที่แตกต่างกัน

2.5 กิจกรรม กู้สมองด้วยซูโดกุ ฝึกการแก้ปัญหา และการคิดเชิงบริหาร (Executive function) เป็นการเติมเลข 1-6 ในตาราง 6 ช่องให้ตัวเลขไม่ซ้ำกันทั้งแนวดิ่ง แนวนอน และลึศ 6 ช่อง

2.6 กิจกรรม เขาวงกตเชื่อมเซลล์ประสาท ฝึกสมองทั้งสองซีก เพื่อการฝึกทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial) ในการหาทางออกกติกาให้ผู้เล่นลากเส้นจากจุดเริ่มต้นไปยังทางออกโดยระหว่างทางไม่ชนสิ่งกีดขวาง และห้ามลากเส้นย้อนกลับภายในระยะเวลา 5 นาที

2.7 กิจกรรม ลำดับเหตุการณ์ เป็นการฝึกเรียงลำดับเหตุการณ์จากภาพก่อน-หลัง ในการใช้ชีวิตประจำวัน

2.8 กิจกรรม บิงโกบวกเลข ฝึกการคิดคำนวณ โดยมีการบวกเลข 2 หลักและ 3 หลัก

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 1 ท่าน และอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างเนื้อหา กับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ หมู่ที่ 7 ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จำนวน

15 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรม

การพัฒนากลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ โครงการ เลขที่ 9/2565 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยได้พัฒนากลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ ชี้แจงว่า ผู้ทำการวิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้อไปเป็นความลับจะไม่ระบุชื่อบุคคล และหากมีการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการ เข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน ประกอบไปด้วย

1. ส่งโครงร่างงานวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณา การศึกษาวิจัยในคนเพื่อขออนุมัติจริยธรรมในการวิจัย
2. เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติ คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดย 1) ประสานกับอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงโครงการและให้อสม. นำลงชุมชน 2) รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3) ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4) จากนั้น สุ่มอย่างง่าย เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3. กลุ่มทดลอง ได้รับความรู้เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม และเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย จำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี วันละ 3-4 ชม. สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ ทดสอบก่อน การให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 กิจกรรม 1) วัน เวลา 2) เล่าเรื่องจากภาพ 3) เนื่อคู่อยู่ไหน 4) ปริศนาจับผิดภาพ (ชุดที่1)

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กิจกรรม 5) กู้สมองด้วยซูโดกุ 6) เขาวงกตเชื่อมเซลล์ประสาท 7) ลำดับเหตุการณ์ 8) บิงโกบวกเลข (ชุดที่1) ครั้งที่ 4 กิจกรรม 1) วันเวลา 2) เล่าเรื่องจากภาพ 3) เนื่อคู่อยู่ไหน 4) ปริศนาจับผิดภาพ (ชุดที่2)

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 กิจกรรม 5) กู้สมองด้วยซูโดกุ

6) เขาวงกตเชื่อมเซลล์ประสาท 7) ลำดับเหตุการณ์ 8) บิงโก
บวกเลข (ชุดที่ 2) ครั้งที่ 6 กิจกรรม 1) วันเวลา 2) เล่าเรื่อง
จากภาพ 3) เนื้อคู่ยูไนท์ 4) ปริศนาจับผิดภาพ 5) กู้สมอง
ด้วยซูโดกุ 6) เขาวงกตเชื่อมเซลล์ประสาท 7) ลำดับเหตุการณ์
8) บิงโกบวกเลข (ชุดที่ 1)

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7 กิจกรรม 1) วันเวลา 2) เล่าเรื่อง
จากภาพ 3) เนื้อคู่ยูไนท์ 4) ปริศนาจับผิดภาพ 5) กู้สมองด้วย
ซูโดกุ 6) เขาวงกตเชื่อมเซลล์ประสาท 7) ลำดับเหตุการณ์ 8)
บิงโกบวกเลข (ชุดที่ 2) ครั้งที่ 8 ประเมินผลโครงการวิจัย และ
ทดสอบหลัง

4. กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม
และให้การพยาบาลตามปกติ สถานที่ ศูนย์แพทย์ครอบครัว
และชุมชน (กลุ่มจิตโรค) เทศบาลเมืองบางแก้ว อำเภอบางพลี
จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีขั้นตอนดังนี้ สัปดาห์ที่ 1
ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ ทดสอบก่อน การให้ความรู้เรื่องภาวะ
สมองเสื่อม ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 7 การพยาบาลตามปกติ สัปดาห์
ที่ 4 ครั้งที่ 8 ประเมินผลโครงการวิจัย และทดสอบหลัง
ภายหลังการทดสอบผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำกิจกรรม 1-8
(ชุดที่ 1)

ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการทำแบบทดสอบก่อนและ
หลัง โดยใช้แบบประเมิน TGDS, แบบทดสอบ MMSE และ
แบบทดสอบ Clock drawing Test ใน สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1
และ ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 8 ระยะเวลาในการทดลอง ตั้งแต่วัน
จันทร์ที่ 5 กันยายน 2565 ถึง วันพฤหัสบดีที่ 29 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ Descriptive
Statistics ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง (MMSE) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม
การป้องกันสมองเสื่อมถอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test

หลังการทดลอง	N	Mean	S.D.	t	p
กลุ่มควบคุม	30	22.50	2.49	7.72	.00*
กลุ่มทดลอง	30	28.77	1.10		

*p< .01

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
สมรรถภาพสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย โดยใช้สถิติ Pair t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
สมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลัง
การทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
ชุมชนวัดสลุด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง
มากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี
ร้อยละ 51.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 68.4 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7
(วุฒิการศึกษาในขณะนั้น) รายได้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มี
รายได้ร้อยละ 36.70 รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.30
ภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกาย อยู่ที่ระดับ 25-29.90
อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 35 ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.30 รองลงมาคือ ไขมันใน
เลือดสูง ร้อยละ 41.70 กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่
ทำงานบ้านและทำอาหาร ร้อยละ 80 และ 50 ตามลำดับ
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 31.70 และ
ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่ไม่
ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 90 แต่ดื่มกาแฟ ร้อยละ 58.30 ผู้สูงอายุ
ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการนอนหลับใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 70 ใน
รายที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับ
ร้อยละ 96.70 สำหรับยาที่ใช้ประจำได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง
ยาลดไขมัน และยาเบาหวาน ร้อยละ 56.70, 28.30 และ 18.30
ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 7.72, p < .00$) แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสามารถเพิ่มสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมได้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pair t-test

กลุ่มตัวอย่าง	N	ก่อน		หลัง		t	p
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม	30	22.43	2.34	22.50	2.48	0.40	.69
กลุ่มทดลอง	30	22.96	2.00	28.77	1.10	16.71	.00*

* $p < .01$

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยพบว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังของกลุ่มควบคุม

($t = 0.40, p = .69$) ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนสมรรถภาพสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.71, p = .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pair t-test

กลุ่มทดลอง	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		t	p
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้เวลาในปัจจุบัน	5	4.80	0.48	5.00	0.00	2.26	.03**
การรับรู้ที่อยู่ในปัจจุบัน	5	4.77	0.50	5.00	0.00	2.53	.01*
การบันทึกความจำ	3	2.60	0.89	2.97	0.18	2.25	.03**
การคำนวณ	5	1.70	1.39	4.50	0.78	11.58	.00*
การระลึกได้	3	2.03	1.10	2.70	0.65	2.94	.00*
การบอกชื่อสิ่งของ	2	1.93	0.25	2.00	0.00	1.43	.16
การพูดซ้ำ	1	0.40	0.56	0.63	0.49	1.56	.12
การเข้าใจความหมายที่สั่ง	3	2.47	1.01	3.00	0.00	2.89	.00*
การเขียน	1	0.73	0.45	0.97	0.18	2.53	.01*
การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ	1	0.53	0.51	1.00	0.00	5.03	.00*
โดยภาพรวม	30	22.96	2.00	28.77	1.10	16.71	.00*

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

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pair t-test จำแนกเป็นรายด้าน 11 ด้าน พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้เวลาในปัจจุบัน การบันทึกความจำ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนด้านการรับรู้ที่อยู่ในปัจจุบัน การคำนวณ การระลึกได้ การเข้าใจความหมายที่สั่งการเขียน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การบอกชื่อสิ่งของและการพูดซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย มีคะแนนสมรรถภาพสมองเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.61, p < .01$) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย มีคะแนนสมรรถภาพสมองเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการเสื่อมถอยของสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ 4 ($t = 7.72, p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยกระตุ้นการรู้คิดและป้องกันการเสื่อมถอยของสมองได้

จากผลวิจัยข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอย ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรมสามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำ (Memory) ด้านสมาธิ (Attention) ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial) การคิดเชิงบริหาร (Executive function) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (sensory stimulation) โดยด้านความจำ ได้แก่ กิจกรรมวัน เวลา กิจกรรมการเล่าเรื่องจากภาพ และกิจกรรมการเรียงลำดับเหตุการณ์ เป็นกิจกรรมที่ช่วยระลึกข้อมูล (Recall memory) และฟื้นฟูความทรงจำ เช่นเดียวกับ Reminiscence Therapy ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า จากการวิเคราะห์ผล MMSE รายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับรู้เวลาในปัจจุบันและการบันทึกความจำ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 การรับรู้ที่อยู่ในปัจจุบัน

และการระลึกได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .01 การเล่นเกมเกี่ยวกับความจำ จะช่วยพัฒนาการรู้คิดด้านความจำ การให้เหตุผลและความเร็วในการประมวลผล¹⁹ ด้านสมาธิ ทุกกิจกรรมเป็นการฝึกสมาธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมกำสุมด้วยซูโดกุ กิจกรรมจับผิดภาพ กิจกรรมบิงโก บวกเลข ซึ่งการฝึกให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการจดจำสิ่งต่างๆ และทบทวนอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ทำให้สมองส่วน Hippocampus Cerebellum และ Prefrontal cortex ได้รับการกระตุ้น^{20,21} ด้านมิติสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมการจับผิดภาพ เขาวงกต และซูโดกุ ผู้สูงอายุสามารถเล่นเกมได้ จากระดับง่ายจนถึงระดับที่ยากขึ้น เช่น ซูโดกุ สามารถเล่นได้ถึงตาราง 9×9 ในสัปดาห์สุดท้ายซึ่งช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกท้าทายที่จะฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง พบว่า จากการวิเคราะห์ผล MMSE รายด้าน การเข้าใจความหมายที่สั่ง การเขียน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การฝึกด้านมิติสัมพันธ์เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ (Learning) เก็บข้อมูลไว้ (Retention) การดึงข้อมูลออกมาใช้ (Recall) และสมาธิจดจ่อ (Attention) กระบวนการเช่นนี้จะช่วยกระตุ้นส่วนสมองด้านขวา²² ด้านการคิดเชิงบริหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของสมอง บางรายจะไม่สามารถตัดสินใจ คิดในเชิงนามธรรมได้ ไม่สามารถจัดลำดับขั้นตอนได้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง การฝึกการคิดเชิงบริหารเป็นกระบวนการทางด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นตัวควบคุมการแสดงออกที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจัดหมวดหมู่ การคิดคำนวณ การแก้ไขปัญหา การคิดอย่างยืดหยุ่น และการคิดอย่างเป็นนามธรรม¹⁸ ในงานวิจัยนี้ได้ฝึกการคิดเชิงบริหาร ได้แก่ การเล่าเรื่องจากภาพ ซึ่งสามารถวิเคราะห์การตัดสินใจของผู้สูงอายุว่าสมเหตุผลหรือไม่ เป็นลักษณะการคิดแบบรูปธรรมหรือนามธรรม หรือซูโดกุ จะช่วยในการวางแผนจัดการในการวางตัวเลข การแก้ไขปัญหา และการคำนวณตัวเลขจากเกมบิงโก เป็นการฝึกให้ผู้สูงอายุบวกเลขจากหลักสิบและหลักร้อย เพิ่มระดับการบวกให้ยากขึ้นโดยไม่ใช้เครื่องคิดเลข เมื่อผู้สูงอายุบวกเลขได้ ช่วยลดปัญหาการคำนวณรายรับรายจ่าย หรือการวางแผนจ่ายสิ่งของในชีวิตประจำวัน ซึ่งพบว่า จากการวิเคราะห์ผล MMSE รายด้านการคำนวณ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ซึ่งการคำนวณเป็นการกระตุ้นสมองซีกซ้ายในเรื่องความคิดและการมีเหตุผล²²

ด้านการกระตุ้นประสาทสัมผัส ได้แก่ กิจกรรมเนื้อคู่อู่ไหน เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยผู้สูงอายุต้องใช้มือคลำ และระลึกว่าของสิ่งนั้นคืออะไร ซึ่งเป็นไปตามแนวความคิดการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector และคณะ⁸ ที่ว่า เมื่อสมองได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้สมองจดจำได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มศักยภาพการรู้คิด โดย เพิ่มความหนาแน่นของเซลล์ประสาท เพิ่มการจัดเรียงตัวของเครือข่ายสมองด้านการรู้คิด (Neurocognitive network) และการเพิ่มการทำงานของ Dendrite และ Axon ช่วยให้การสื่อสารประสาทดีขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนักวิจัยต่างๆ อาทิ บุศรินทร์ หลิมสุนทรและคณะ¹¹ กัมปนาท ส้ารวมจิตและคณะ²³ และจารุวรรณ ก้านศรี และคณะ⁹ และปิณา ระบุว่าโพธิ์ และคณะ¹⁰

การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมองทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และเพิ่มการทำงานของสมองส่วน Cortex สามารถควบคุมและจัดความเครียดได้ จึงช่วยสภาพจิตใจพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีความจำที่ดี²⁴ นอกจากนี้เมื่อสมองได้รับการกระตุ้นจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 สามารถเพิ่มศักยภาพการรู้คิด โดยจะทำให้มีความหนาแน่นของเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น และมีการจัดการเรียงตัวของเครือข่ายสมองด้านการรู้คิดมากขึ้น¹⁹ ระยะเวลาของการจัดโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลา 5 สัปดาห์⁹ ระยะเวลา 7 สัปดาห์และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12¹⁹ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งจะฝึกกิจกรรมแตกต่างกัน เช่น ฝึกการรับรู้ความจำ การกระตุ้นประสาทการรับรู้ เป็นต้น²⁰ ระยะเวลา¹² สัปดาห์¹¹ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิณา ลิ้มสกุลและคณะ²⁵ มีการจัดโปรแกรม 6 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผลในเดือนที่ 6 และ⁹ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ แม้จะมีระยะเวลานี้ เพียง 4 สัปดาห์ แต่กลุ่มทดลองได้ฝึกสมองกับผู้วิจัยจำนวน 8 ครั้ง ทุกครั้งจะเป็นกิจกรรมเดิมแต่เพิ่มระดับความยากขึ้น พร้อมกับให้ไปฝึกเป็นการบ้านทุกครั้ง ช่วยให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่อง การฝึกสมองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนรู้คิด เช่น ความจำ ภาษา สมาธิ การบริหารจัดการ การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ⁹ ที่ระบุว่า การได้ฝึกสมองซ้ำๆ มีผลทำให้ระบบการกระตุ้น

(Arousal system) มีการรับข้อมูลและข้อมูลมีการทบทวนซ้ำอีก ข้อมูลจะผ่านไปสู่ระบบลิมบิก เกิดเป็นความจำสัมผัส และเก็บบันทึกข้อมูลเป็นความจำระยะสั้น ที่มีความคงอยู่ในระยะเวลาเป็นวันหรือ 2-3 วัน ต่อมาความทรงจำระยะสั้นจะเปลี่ยนเป็นความทรงจำระยะยาว ที่จะคงทนต่อไป⁹ แต่อย่างไรก็ตามหากสมองไม่ได้รับการกระตุ้น ความสามารถทางการรู้คิดจะลดลง ดังเช่น การศึกษาของวิณา ลิ้มสกุล และคณะ²⁵ พบว่าการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น ภายหลังการทดลอง 3 เดือนและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 และ 9 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองหลังการทดลองเดือนที่ 3 สูงขึ้น และลดลงในเดือนที่ 6 และ 9 นอกจากนี้ Yates และคณะ ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง พัฒนาการของบุคคลในการกระตุ้นการรู้คิดของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล พบว่า หลังจากให้ผู้สูงอายุเข้ารับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด ตลอดระยะเวลา 25 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีความจำ การรู้คิดและรับรู้ตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดี รู้สึกชีวิตมีความหมาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี²⁶

โดยสรุป การกระตุ้นการรู้คิดจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง และจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมว่าสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้จริง ทั้งในด้านชนิดของเกม การใช้งาน การหยิบจับ ระดับความยากง่ายของเกม สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองทั้งในด้านด้านความจำ ด้านสมาธิ ด้านมิติสัมพันธ์ การคิดตัดสินใจ การบริหารจัดการ และการกระตุ้นประสาทสัมผัส ซึ่งจะช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของสมองผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

โปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของสมองได้ จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ มาใช้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน หรือสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่สนใจ เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันสมองเสื่อมถอยให้กับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพสมองที่ดีขึ้น ย่อมจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมองผู้สูงอายุ พิจารณาให้มีระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้น มีการติดตามผล 3 เดือน และกระตุ้นซ้ำทุก 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่และการกระตุ้นการรู้คิดของสมองอย่างต่อเนื่อง
2. การออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมองผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงชนิดของเกม ระดับความยากง่ายของเกม และการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองให้ครอบคลุมด้านความจำ ด้านสมาธิ ด้านมิติสัมพันธ์ การคิดเชิงบริหาร และการกระตุ้นประสาทสัมผัส

References

1. Nations Unies, editor. World population ageing, 2015: highlights. New York: United Nations; 2015. (ST-ESA-SER.A).
2. Prasartkul P, Kanchanachitra M, Chuanwan S, Rittirong J, Katewongsa P, Jaratsit S, et al. Situation of The Thai Elderly 2015. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute: Amarin Printing and Publishing Co. Ltd; 2017
3. Anundilokrit P. Dementia. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(37): 392–8. (in Thai)
4. Department of Older Persons (DOP). Thai Older statistics 2021 [Internet].
5. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. 1st ed. Bangkok: Parbpim; 2013. (in Thai)
6. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):191–200. (in Thai)
7. Institute of Geriatric Medicine D of MS Ministry of Public Health. Cognitive Stimulation in People with Mild Cognitive Impairment. 1st ed. CyberPrint Group Co., Ltd.; 2017. (in Thai)
8. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2003;183:248–54.
9. Kansri J, Jongpanich D, Teianukool N, Srinuan P, Soonthornchaiya R. The Effects of Brain Exercise Program on Memory Enhancement among the Elderly with Mild Cognitive Impairment. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2017;27(3):176–87. (in Thai)
10. Rabampho P, Boonkerd S, Namphonkrang P, Paikoh K. Effects of The Brain Training Program on Cognitive Ability among Older person at Dementia Risk Group of the Elderly Home, Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):339–47. (in Thai)
11. Lhimsoonthon B, Yimsiri P, Thokaew P. Effect of a Cognitive Stimulating Program for Elderly People with Mild Cognitive Impairment. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(1): 192–206. (in Thai)
12. The Bureau of Registration Administration DOPA. Official statistics registration systems [Internet].
13. Pongvarin N. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. Siriraj Hospital Gazette. 1994;46(1):1–9. (in Thai)
14. Hongtong R, Sasat S. The Effect of Reminiscence Program on Cognitive Function of Older People with Dementia. Journal of Nursing Education. 2015;8(1):99–112.

15. Kanchanatawan B, Jitapunkul S, Supapitiporn S, Chansirikarnjana S. Validity of Clock Drawing Test (CDT), Scoring by Chula Clock-Drawing Scoring System (CCSS) in Screening Dementia among Thai Elderly in Community. *Journal of Medical Association of Thailand*. 2006; 89(8):1150-56.
16. Pratoomtan D. Effect of home-based cognitive training kit and satisfaction of elderly with mild cognitive impairment [thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2013. (in Thai)
17. Giuli C, Papa R, Lattanzio F, Postacchini D. The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project. *Rejuvenation Research*. 2016;19(6):485–94.
18. Udomittipong D, Channakorn P, Narongsak T, Chimnakboon N. Cognitive Stimulation for Elderly with mild cognitive impairment: Review article. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2021;15(1): 62-83 (in Thai)
19. Opananant P, Ratanasuwan W. Effects of Using the Dementia Prevention Programs on Cognitive Function of Older Persons with Chronic Illness in Community. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2020; 12(1):255-67.(in Thai)
20. Duangkaew J, Luangphituck W, Mahaprom T, Chartrung C, Noparoojjinda S. The Effects of Brain Potential Program on the Cognitive Function of the Older Person with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(3):129–41. (in Thai)
21. Saiyudthong S. Basic neurophysiology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2015. (in Thai)
22. Vorawattanachai P. The Mechanism of the left-right hemisphere and Human Creative Thinking. *Journal of Information*. 2016;15(2): 1–12. (in Thai)
23. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of A Brain Function Promoting Program on Cognitive Function and Dementia Prevention Behaviors for Older Adults. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019;35(3). (in Thai)
24. Bonkhunthod P, Munluan K. Mild Cognitive Impairment: Before getting sick with Dementia. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 2022; 4(1):e2723–e2723. (in Thai)
25. Linsakul W, Aiengkhum.b, Kongsanae P. Cognitive Stimulation with Mild Cognitive Impairment in People. *Region 11 Medical Journal*. 2018;32(3): 1143–54. (in Thai)
26. Yates LA, Orrell M, Spector A, Orgeta V. Service users’ involvement in the development of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) for dementia: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2015;15(1):4.

การศึกษาความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้แนวทางปฏิบัติการ บริหารวัคซีน ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca)

The Study of Knowledge and Ability of Registered Nurses in
vaccine preparation and vaccination according to the guidelines and
satisfaction of Registered Nurses from use of guidelines for the management
of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca)

พัชรา พันธุ์ขวงษ์¹ นพัตถร พุกษานันตกาล*²

Patchara Phankavong¹ Naphatthorn Prueksaanantakal*²

¹คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300

¹Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok Thailand 10300

²คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300

²Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok Thailand 10300

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีน ตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีนชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครฉีดวัคซีน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง 4) แบบประเมิน การปฏิบัติตามขั้นตอน และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนำตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐานความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (t-test dependent)

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีน ตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (Astra Zeneca) ก่อนและหลังการให้ความรู้เฉลี่ย 8.60 ± 1.10 และ 9.67 ± 0.55 คะแนน ความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีนหลังการให้ความรู้ มากกว่าก่อนการให้ความรู้เฉลี่ย 1.07 คะแนน (95% CI : 0.68, 1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) ระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ความรู้และความสามารถ, วัคซีน, ความพึงพอใจ พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This research is study to knowledge and ability of registered nurses in vaccine preparation and vaccination according to the guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca) and study to satisfaction of registered nurses from using of the guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca). The sample group were volunteer registered nurses vaccinate Number 30 People. The tools used in the research are 1) guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca) 2) General information recording form 3) Knowledge test before and after 4) Compliance assessment questionnaire and 5) satisfaction assessment questionnaire for implementing the guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca). Data are analyzed with basic statistics: frequency, percentage, deviation. standard and t-test

The results showed that registered nurses had knowledge scores in preparation and vaccination according to the guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca) before and after educating on average 8.60 ± 1.10 and 9.67 ± 1.10 . 0.55 knowledge scores on preparation and vaccination after educating more than before educating mean 1.07 points. (95%CI: 0.68,1.46) statistically significant (p -value < 0.001). They are satisfied with the use of the guidelines for the management of COVID-19 ChAdox1-n CoV vaccines (AstraZeneca) at the highest level.

Keywords: knowledge and ability, Guidelines, satisfaction

บทนำ

วัคซีน ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca)^{1,2,3} เป็นวัคซีนแบบ multiple dose ใช้ฉีดกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีการบรรจุ ในขวด (vial) ปริมาตร 5 มิลลิลิตร สามารถฉีดให้กับผู้ที่มารับบริการฉีดวัคซีนจำนวน 10 คนหรือ 10 โดส (multiple doses) ด้วยปริมาณวัคซีนคนละ 0.5 มิลลิลิตร ผู้ผลิตบรรจุปริมาณวัคซีนไว้มากกว่า 5 มิลลิลิตร เป็นปริมาณที่ทางผู้ผลิตบรรจุเพิ่มเติมไว้ (overfill) เพื่อทดแทนวัคซีนที่จะตกค้างในกระบอกฉีด (syringe) และเข็มฉีด (needle) การเปิดขวดวัคซีนแล้วจะต้องใช้ให้หมด ก่อนที่วัคซีนจะเสื่อมคุณภาพ วัคซีน AstraZeneca กำหนดให้ใช้กระบอกฉีดและเข็มฉีดที่ลดการตกค้างของวัคซีนในกระบอกฉีดชนิด low dead space (LDS)^{4,5} และ needle เพื่อลดปริมาณของวัคซีนที่มีการตกค้างอยู่ในส่วนปลายของกระบอกฉีดและเข็มฉีด ซึ่งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง การขนส่ง การนำเข้าอุปกรณ์ของกระบอกฉีดและเข็มฉีดชนิด LDS and needle นั้น มีความขาดแคลน และมีราคาสูงกว่ากระบอกฉีดในขนาดเท่ากัน อย่างน้อย 4-10 เท่า กระบอกฉีดและเข็มฉีดชนิด LDS and needle ยังไม่มีการผลิตในประเทศไทย แต่การ

ฉีดวัคซีนเพื่อให้ประชาชนเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ นั้นยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดการสูญเสียชีวิตที่เกิดขึ้น^{6,7,8}

ทีมการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้รับผลกระทบจากการขาดแคลนกระบอกฉีดชนิด low dead space (LDS) และ needle เช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วโลก จึงได้ทำการศึกษา ค้นหากระบอกฉีดยาที่จะสามารถมาใช้ทดแทนกระบอกฉีดยาชนิด LDS จึงได้นำกระบอกฉีดยาธรรมดาขนาด 1 มิลลิลิตร กับเข็มฉีดยาขนาด 25 G ที่มีขนาดและลักษณะใกล้เคียงกันมาใช้ในการเตรียมวัคซีนแทนกระบอกฉีดยาชนิด LDS โดยจากลักษณะของกระบอกฉีดยาชนิด LDS ใช้หลักการลดช่องว่างของพื้นที่ในกระบอกฉีดให้มากที่สุด ส่วนการนำกระบอกฉีดยาธรรมดาขนาด 1 มิลลิลิตร กับเข็มฉีดยาขนาด 25 G ใช้หลักการนำอากาศเข้ามาในกระบอกฉีดเพิ่มเติมปริมาณ 0.10 มิลลิลิตร ปลอยให้อากาศในกระบอกฉีดลอยขึ้นด้านบนของกระบอกฉีด และใช้อากาศที่เพิ่มเข้ามาเป็นตัวผลักดันวัคซีนที่ตกค้างในกระบอกฉีดและเข็มฉีด เข้าสู่กล้ามเนื้อของผู้มารับบริการ ทีมการพยาบาลได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ด้วยวิธีการใช้อากาศ

เพื่อทดแทนปริมาณวัคซีนที่ตกค้างในกระบอกฉีดและเข็มฉีด⁹ โดยทำการทดลองระยะแรกในสถานการณ์จำลอง ด้วยการใช้ขวดบรรจุยาที่มีขนาดใกล้เคียงกับขวดบรรจุวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) โดยทำการเติมน้ำกลั่น ปริมาตร 6.5 มิลลิลิตร ให้เท่ากับปริมาตรของวัคซีน ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ที่บรรจุในหนึ่งขวดบรรจุ น้ำกระบอกฉีดขนาด 1 มิลลิลิตรและเข็มฉีดเปล่าขนาด 25 G ประกอบกันแล้วทำการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนัก ด้วยความละเอียดสูงและผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐาน จากสถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ น้ำกระบอกฉีดยาข้างต้น ดูดน้ำกลั่นให้ได้ปริมาตร 0.48 มิลลิลิตร และดูดอากาศเพิ่มเติม ปริมาตร 0.10 มิลลิลิตร แล้วทำการชั่งน้ำหนัก หลังจากนั้น ทำการฉีดน้ำกลั่นออกจากกระบอกฉีดปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร แล้วทำการชั่งน้ำหนักกระบอกฉีดและเข็มฉีดหลังการฉีด น้ำกลั่นออก ทำการทดลองซ้ำตามขั้นตอนดังกล่าวมากกว่า 5 ครั้ง จนสรุปได้ว่า ควรดูดปริมาณน้ำกลั่นไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร จึงสามารถแบ่งน้ำกลั่นได้ทั้งหมด 12 โดสต่อหนึ่งขวด บรรจุ ส่วนการศึกษาในระยะที่สอง ทำการศึกษาในสถานการณ์ จริงกับวัคซีนชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) โดยทำขั้นตอนเช่นเดียวกับในสถานการณ์จำลอง ในสถานการณ์ ที่ขาดกระบอกฉีดชนิด LDS ทีมแพทย์และพยาบาลทำการศึกษา เปรียบเทียบการฉีดวัคซีนชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ด้วยการใส่กระบอกฉีดขนาด 1 มิลลิลิตรและเข็มฉีดเปล่าขนาด 25 G ร่วมกับหลักการดูดอากาศเพิ่มเติม 0.10 มิลลิลิตร เทียบ กับการฉีดวัคซีนด้วยกระบอกฉีดชนิด LDS ชั่งน้ำหนักทุกขั้นตอน พบว่าปริมาณของวัคซีนที่ผู้มารับบริการได้รับปริมาณ 0.48-0.52 มิลลิลิตร ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของการฉีดวัคซีน และได้ติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจระดับของภูมิคุ้มกันหลัง การฉีดพบว่าภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นในระดับที่ดีมาก และสามารถเพิ่ม จำนวนของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20¹⁰

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวชิรพยาบาล จึงได้ออก แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) รหัส WI-NUR 01-NN-024¹¹ ใช้เป็น แนวทางในการปฏิบัติสำหรับการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ด้วยวิธีการใช้อากาศ เพื่อทดแทนปริมาณวัคซีนที่ตกค้างจากกระบอกฉีดยาและ เข็มฉีดยา และเผยแพร่แนวทางปฏิบัตินี้ เพื่อให้พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มาร่วมให้บริการการช่วยเตรียม

วัคซีนและบริการฉีดวัคซีนให้กับผู้มารับบริการได้สามารถ ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) แบ่งออกเป็น สองส่วน คือ ขั้นตอนการเตรียมวัคซีนและขั้นตอน การฉีดวัคซีน

ขั้นตอนการเตรียมวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV(AstraZeneca) ให้ได้ 12 โดสต่อหนึ่ง ขวดบรรจุตาม WI-NUR 01-NN-024 ดังนี้ การจัดเตรียมวัคซีน เตรียมในพื้นที่ที่มีอากาศสะอาด หรือการเตรียมในห้องสะอาด หรือเตรียมในห้องปลอดเชื้อ โดยมีขั้นตอนในการเตรียมวัคซีน ดังนี้

1. บุคลากรที่มีหน้าที่เตรียมวัคซีน สวมหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด
2. ทำความสะอาดบริเวณจุดวางที่ปิดขวดวัคซีน ด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทิ้งไว้ให้แห้ง ทิ้งน้ำวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca ห้ามเขย่าขวดบรรจุ (Do not shake) ลักษณะของวัคซีนจะเป็นของเหลวใสไม่มีสีหรือมีสีน้ำตาลอ่อน ไม่มีตะกอนแขวนลอย
3. ใส่กระบอกฉีดขนาด 1 มิลลิลิตร และสวมเข็ม ฉีดขนาด 25 G ความยาว 1 นิ้ว 1.5 นิ้ว เข้ากับส่วนปลายของกระบอกฉีด สำหรับดูดวัคซีนออกจากขวดบรรจุ
4. แหงเข็มฉีดผ่านจุดวางที่ปิดขวดบรรจุ ดูดวัคซีน ออกจากขวดบรรจุซึ่งสามารถปฏิบัติได้ 2 วิธีดังนี้

(ก) ดูดวัคซีนออกจากขวดบรรจุในปริมาณ 0.48 มิลลิลิตร ถอดกระบอกฉีดออกจากขวดบรรจุโดย ค้างเข็มไว้กับขวดบรรจุ จากนั้นทำการดูดอากาศเข้ามาใน กระบอกฉีดจากระดับวัคซีนในกระบอกฉีดอยู่ที่ขีดระหว่าง 0.10-0.60 มิลลิลิตร หรือมากกว่าเล็กน้อย

(ข) ดูดวัคซีนออกจากขวดบรรจุในปริมาณ 0.48 มิลลิลิตร และดันปลายเข็มให้ขึ้นไปเหนือกว่าระดับ ของวัคซีนในขวดบรรจุ ทำการดูดอากาศภายในขวดบรรจุ ให้ระดับวัคซีนในกระบอกฉีดให้อยู่ที่ขีด 0.1-0.6 มิลลิลิตร หรือมากกว่าเล็กน้อย จากนั้นจึงทำการถอดกระบอกฉีดออกจาก ขวดบรรจุโดยคาเข็มไว้กับขวดบรรจุ และสวมเข็มฉีดอันใหม่ เข้ากับส่วนปลายของกระบอกฉีด ใส่ Tray ที่สะอาด

5. ถอดกระบอกฉีดออก โดยคาเข็มไว้สำหรับดูด วัคซีนต่อไป

ขั้นตอนการฉีดวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca

1. บุคลากรที่มีหน้าที่ฉีดวัคซีน สวมหน้ากากอนามัย

การแพทย์ แวนตาหรือ face shield ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด และใส่ถุงมือสะอาดตามขนาดของมือให้เหมาะสม

2. ตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้รับบริการฉีดวัคซีนและแจ้งชนิดของวัคซีนที่ผู้รับบริการได้รับ

3. ให้ผู้ที่เข้ารับการฉีดวัคซีน ยกแขนข้างที่จะฉีดวัคซีนในระดับที่ไม่สูงเกินกว่าระดับของหัวไหล่ โดยไม่เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่และต้นแขนในขณะที่จะทำการฉีดวัคซีน

4. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการฉีดวัคซีนด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทิ้งไว้ให้แห้ง ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดตรึงผิวหนังและแทงเข็มตรงตำแหน่งที่จะฉีดและองค์ที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว

5. ก่อนฉีดวัคซีนให้ตั้งกระบอกฉีดยาในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง 90 องศา เพื่อให้อากาศไหลไปส่วนบนสุดของกระบอกฉีดยา อาจใช้นิ้วมือกดที่กระบอกฉีดยาเบาๆ เพื่อให้พองอากาศไหลไปด้านบน (ห้ามเขย่ากระบอกฉีดยา)

6. แขนงเข็มฉีด เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อ (Deltoid) ตรวจสอบว่าปลายเข็มฉีดไม่ได้อยู่ในเส้นเลือด ฉีดวัคซีนเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อโดยดันส่วนก้านกระบอกฉีดยาจนสุดอากาศที่อยู่ส่วนบนสุดจะขับหรือดันวัคซีนที่ตกค้างในส่วนปลายกระบอกฉีดยา หัวเข็มฉีด เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อในปริมาณเล็กน้อย (ดังนั้นอาจมีอากาศไหลเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อในปริมาณที่น้อยกว่า 0.1 มิลลิลิตร ซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ) หากผู้รับบริการฉีดวัคซีนมีไขมันบริเวณต้นแขนที่หนาควรใช้เข็มฉีดขนาด 25 G ความยาว 1.5 นิ้วแทน

7. ถอนเข็มฉีดออกจากต้นแขนของผู้รับบริการฉีดวัคซีน และปลดเข็มฉีดโดยไม่ต้องสวมปลอกหุ้มเข็ม ทั้งกระบอกฉีดยาและอุปกรณ์ทั้งหมดลงในภาชนะสำหรับรองรับขยะติดเชื้อ

8. ปิดพลาสติกครอบบริเวณที่ฉีดวัคซีน ให้ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน

ส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่อาสาช่วยในการฉีดวัคซีนแก่ผู้มารับบริการ มีการหมุนเวียนมาจากหลากหลายหน่วยงานของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งหอผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องตรวจ พยาบาล หอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลแต่ละท่านก็มีความแตกต่างกัน และเพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติงานจึงได้มีการจัดสรรพยาบาลในการทำหน้าที่ในการเตรียมวัคซีนและพยาบาลที่ทำหน้าที่ฉีดวัคซีนให้แก่ผู้มารับบริการแยกออกจากกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่อาสาช่วยในการฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหาร

บริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ถึงความรู้และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่อาสาช่วย สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) อยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเป็นอย่างไร

2. ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นอย่างไร

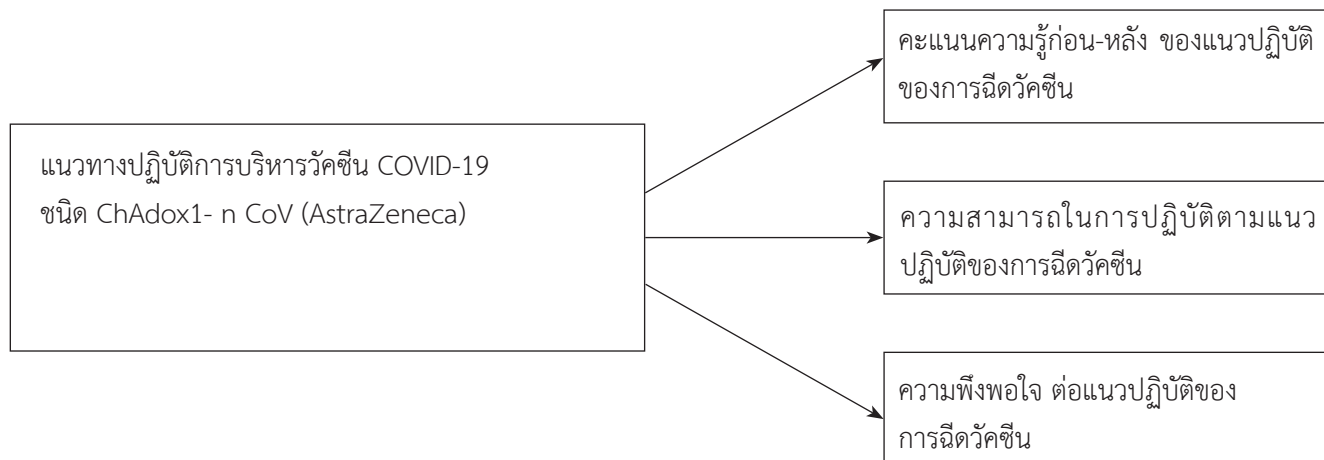
3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้และความสามารถในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนของแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV

(AstraZeneca) และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19

ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ที่อาสาช่วยในการฉีดวัคซีนแก่ผู้มารับบริการ ที่หน่วยให้บริการฉีดวัคซีน อาคารที่ปิงกร ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2565

เกณฑ์การคัดเลือก

- พยาบาลวิชาชีพ ที่อาสาปฏิบัติการบริหารพยาบาลในการฉีดวัคซีน
- ความสามารถในการมองเห็น ชัดเจน
- ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- มีภาวะการเจ็บป่วย หรือประสบปัญหาที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัย
- ต้องการออกจากการศึกษา

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยไม่เป็นผลดีต่ออาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครมีความความเครียดมากยิ่งขึ้น

ตัวแปร

ตัวแปรหลัก คือ แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีนชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca)

ตัวแปรตาม

- 1) คะแนนความรู้ก่อน หลังการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca)
- 2) ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca)
- 3) ความพึงพอใจ ต่อแนวทางการปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca)

วิธีการดำเนินการวิจัย

เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคนปกติ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล.ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการชี้แจงขอความยินยอมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่อาสาช่วยในการฉีดวัคซีนตามแนวทางการฉีดวัคซีน ณ สถานที่ฉีดวัคซีน อาคารที่ปิงกร ชั้น 6 ในวัน เวลาราชการ ที่มีการฉีดวัคซีนแก่ผู้มารับบริการ ก่อนการเริ่มปฏิบัติงานช่วงเวลา 07.30 น. ผู้วิจัยชี้แจง และเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพที่อาสาปฏิบัติหน้าที่ในการฉีดวัคซีนในวันที่เก็บข้อมูลตามเอกสารชี้แจงข้อมูล แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและลงนามใน

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เริ่มเข้าสู่ขั้นตอนของการวิจัยเป็นรายบุคคลหมุนเวียนสลับกัน ผู้วิจัยได้เตรียมห้องแยก ที่อาคารที่ปังกร ชั้น 6 ที่มีความเงียบสงบไม่มีลม ผัดผ่าน และมีวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมวัคซีน และฉีดวัคซีนตามแนวปฏิบัติให้พร้อม และปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการทดสอบความรู้ของพยาบาลที่มาปฏิบัติการฉีดวัคซีนก่อนการปฏิบัติงานจริงด้วยข้อสอบวัดความรู้ แบบถูก ผิดจำนวน 10 ข้อเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในกระบวนการเตรียมและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการขั้นตอน และเหตุผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยอธิบายและเน้นให้อาสาสมัครปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน Covid 19 อย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการฉีดวัคซีนตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติฯ และการฉีดวัคซีนของพยาบาลจนครบทุกขั้นตอนว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน โดยผู้วิจัยทำการสังเกตและ check list ตามขั้นตอนการเตรียมวัคซีนและขั้นตอนการฉีดวัคซีน หลังเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีนแล้ว ทำขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ แต่ละขั้นตอนใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที รวมทุกขั้นตอนไม่เกิน 30 นาทีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่อาสาสมัครมาปฏิบัติพยาบาลในการฉีดวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-nCoV (AstraZeneca) ตามแนวปฏิบัติการฉีดวัคซีน จำนวน 30 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติการพยาบาลในการฉีดวัคซีน ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ตามแนวปฏิบัติการฉีดวัคซีน จากทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนยังไม่พบงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน จึงได้ใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G power 3.1.9.2 (Faul, et al., 2007) โดยกำหนดค่า Alpha = 0.05 Power = 0.8 และจากการที่ยังไม่พบงาน

วิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ (Cohen, ๑๙๙๒) แล้วแทนค่าดังกล่าวลงในโปรแกรม สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังตาราง

ค่าขนาดอิทธิพล ขนาดอิทธิพล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)

0.1	เล็ก	163
0.25	กลาง	28
0.4	ใหญ่	12

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากค่าอิทธิพลขนาดกลาง คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน เนื่องจากการศึกษาเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ยังไม่มีผู้อื่นวิจัย (Cohen, 1988 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563) จากตารางคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1. แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจากพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าสาขาการพยาบาลปฐมภูมิ และส่งเสริมสุขภาพ ในการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา และได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) มี 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษาสูงสุด (5) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพพยาบาล (6) หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงาน

3. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบ ถูก ผิด จำนวน 10 ข้อ

4. แบบประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ประกอบด้วย ส่วนของการประเมิน ได้แก่ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) และปฏิบัติได้ถูกต้อง (2 คะแนน)

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ไปใช้ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของลิเกิร์ต (Likert type scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ช่วงเท่า ๆ กัน คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ได้รับการอนุมัติ 011/65 E ลงวันที่วันที่ 3 มีนาคม 2565 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคณบดีและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการชี้แจงขอความยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติการฉีดวัคซีนตามแนวปฏิบัติการฉีดวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) .โดยคำนึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญขณะเก็บข้อมูลวิจัยอาจเกิดความการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) เพื่อให้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอนและกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ผู้วิจัยเมื่อเก็บข้อมูลครบ ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสรุปผลการวิจัย อภิปรายและขอเสนอแนะ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารถูกเก็บแยกจากเอกสารอื่นในลิ้นชักที่สามารถล็อกได้ ส่วน file ข้อมูลเก็บไว้ที่ผู้วิจัยหลักเป็นเวลา 5 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำลายข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงาน ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลัง การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำคะแนนสอบมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ด้วยสถิติ t- test โดยเป็นการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (Two-sample test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ของพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

การศึกษาความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจากการใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่อาสาสมัครมาปฏิบัติการพยาบาล ในการฉีดวัคซีน ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 30 คนผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย $34.44 + 13.64$ ปีสถานภาพสมรส โสดร้อยละ 86.7 และระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 4 ปี (ค่าพิสัยควอไทล์ 2-28) และปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 16.7 รองลงมาเป็นหอผู้ป่วย มว. 8C ร้อยละ 10

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีน ตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีน ตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) (n = 30)

ความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีน	Pre-test	Post-test	Mean difference	95%CI	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
คะแนนความรู้	8.60 $\pm$ 1.10	9.67 $\pm$ 0.55	1.07	(0.68, 1.46)	<0.001*

*P-value corresponds to Paired samples t-test, *Significant at p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีนแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ก่อนและหลังการให้ความรู้เฉลี่ย 8.60 $\pm$ 1.10 และ 9.67 $\pm$ 0.55 ตามลำดับ โดยคะแนนความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีนหลังการให้ความรู้มากกว่าก่อนการให้ความรู้เฉลี่ย 1.07 คะแนน (95%CI: 0.68, 1.46) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3. การปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ผลการศึกษา พบว่า

3.1 การปฏิบัติในขั้นตอนการเตรียมวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca ขั้นตอนที่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่เตรียมวัคซีน สวมหน้ากากอนามัยการแพทย์ ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.7 ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 5 คือ 2) ทำความสะอาดบริเวณจุดวางที่ปิดขวดบรรจุด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทิ้งไว้ให้แห้งทั้งนี้วัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca ห้ามเขย่าขวดบรรจุ (Do not shake) ลักษณะของวัคซีนจะเป็นของเหลวใสไม่มีสีหรือมีสีน้ำตาลอ่อน ไม่มีตะกอนแขวนลอย 3) ใช้กระบอกฉีดขนาด 1 มิลลิลิตรและสวมเข็มฉีดขนาด 25G ความยาว 1 นิ้ว 1.5 นิ้วเข้ากับส่วนปลายของกระบอกฉีดสำหรับดูดวัคซีนออกจากขวดบรรจุ 4) แทะเข็มฉีดผ่านจุดวางที่ปิดขวดบรรจุ ดูดวัคซีนออกจากขวดบรรจุซึ่งสามารถปฏิบัติได้ 2 วิธี และ 5) ถอดกระบอกฉีดออกโดยคาเข็มไว้สำหรับดูดวัคซีนต่อไป พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

3.2 การปฏิบัติในขั้นตอนการฉีดวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca ขั้นตอนที่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ฉีดวัคซีน สวมหน้ากากอนามัยการแพทย์ แว่นตาหรือ face shield ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด และใส่ถุงมือสะอาดตามขนาดของมือให้เหมาะสมพยาบาล วิชาชีพสามารถ

ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 76.7 ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 8 คือ 2) ตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุของผู้รับบริการฉีดวัคซีนและแจ้งชนิดของวัคซีนที่ผู้รับบริการได้รับ 3) ให้ผู้ที่จะเข้ารับวัคซีน ยกแขนข้างที่จะฉีดวัคซีนในระดับที่ไม่สูงเกินกว่าระดับของหัวไหล่ โดยไม่เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่และต้นแขนในขณะที่จะทำการฉีดวัคซีน 4) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการฉีดวัคซีนด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทิ้งไว้ให้แห้งใช้มือข้างที่ไม่ถนัดตรึงผิวหนังและแทงเข็มตรงตำแหน่งที่จะฉีด และองศาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว 5) ก่อนฉีดวัคซีน ให้ตั้งกระบอกฉีดยาในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง 90 องศา เพื่อให้อากาศไหลไปส่วนบนสุดของกระบอกฉีดอาจใช้นิ้วมือติดที่กระบอกฉีดเบา ๆ เพื่อให้พองอากาศไหลไปด้านบน (ห้ามเขย่ากระบอกฉีด) 6) แทะเข็มฉีดเขาสู่ชั้นกล้ามเนื้อ (Deltoid) ตรวจสอบว่าปลายเข็มฉีดไม่ได้อยู่ในเส้นเลือด ฉีดวัคซีนเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อโดยดันส่วนก้านกระบอกฉีดไปจนสุดอากาศที่อยู่ส่วนบนสุดจะขับหรือดันวัคซีนที่ตกค้างในส่วนปลายกระบอกฉีด หัวเข็ม ฉีดเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อในปริมาณเล็กน้อย หากผู้รับบริการฉีดวัคซีนมีชั้นไขมันบริเวณต้นแขนที่หนาควรใช้เข็มฉีดขนาด 25G ความยาว 1.5 นิ้วแทน 7) ถอนเข็มฉีดออกจากต้นแขนของผู้รับการฉีดวัคซีน และปลดเข็มฉีดโดยไม่ต้องสวมปลอกหุ้มเข็ม ทิ้งกระบอกฉีดและอุปกรณ์ทั้งหมดลงในภาชนะ สำหรับรองรับภาชนะติดเชื้อ และปิดพลาสติกเตอร์ บริเวณที่ฉีดวัคซีน ให้ผู้เข้ารับบริการฉีดวัคซีน พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

4. ความพึงพอใจต่อการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (Astra Zeneca) ไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจต่อการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ไปใช้ ด้านการเตรียมและการฉีดวัคซีน พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.68, SD = 0.41) โดยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำแนกรายข้อพบว่า ในทุกข้อคำถาม พยาบาลวิชาชีพมีความ

พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57 - 4.77$) ความพึงพอใจต่อการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ด้านการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ได้จริง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, SD = 0.40) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53 - 4.73$) และข้อถามเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) สามารถเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการฉีดวัคซีนร้อยละ 20 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, SD = 0.57)

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการนำแนวปฏิบัติการบริหารวัคซีนชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) มาใช้ในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการฉีดวัคซีน เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น เน้นในส่วน of พยาบาลของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่อาสาสมัครมาช่วยในการเตรียมวัคซีน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันของช่วงอายุ ประสบการณ์การทำงาน และหอผู้ป่วยในการปฏิบัติงานหลัก จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ในการเตรียมและการฉีดวัคซีน ตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีนชนิด COVID-19 ก่อนและหลังการให้ความรู้เฉลี่ย $8.60 + 1.10$ และ $9.67 + 0.55$ ตามลำดับ โดยคะแนนความรู้ของการเตรียมและการฉีดวัคซีนหลังการให้ความรู้มากกว่าก่อนการให้ความรู้เฉลี่ย 1.07 คะแนน (95%CI : 0.68, 1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 การเร่งฉีดวัคซีนทั่วโลกเพื่อช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประชาชนในประเทศนั้นภารกิจฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันที่ได้รับความร่วมมือกันทุกฝ่าย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลได้รับวัคซีนมาจากกระทรวงสาธารณสุขตามการจัดสรรทำให้มีหลากหลายของวัคซีนที่หมุนเวียนเข้ามาให้พยาบาลวิชาชีพได้ทำการเตรียมและฉีดวัคซีนส่วนวัคซีนชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) มีความจำเพาะที่พยาบาลวิชาชีพที่อาสาสมัครฉีดวัคซีนจำเป็นต้องมีความรู้ ซึ่งความรู้นี้เป็นพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพ บ่งบอกว่ามีความทันยุค ทันสถานการณ์ปัจจุบันแต่พบว่า มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงบางส่วนในด้านของความรู้ของประชาชน

ที่รู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แล้วทำให้ป้องกันการเกิดโรคได้มากขึ้น¹²

การปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) ในขั้นตอนการเตรียมวัคซีน COVID-19 ของ Astra Zeneca

พยาบาลวิชาชีพสามารถสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 100 และการปฏิบัติ ในขั้นตอนการฉีดวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca ขั้นตอนที่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ฉีดวัคซีน สวมหน้ากากอนามัยการแพทย์ แวนตาหรือ face shield ล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาด และใส่ถุงมือสะอาดตามขนาดของมือให้เหมาะสมพยาบาล วิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 76.7 จากการสังเกตพยาบาลวิชาชีพบางคนล้างมือด้วยน้ำยาทำความสะอาดไม่ครบขั้นตอนจากความรีบร้อน และบางคนทำสลับขั้นตอน ได้แก่ สวมถุงมือก่อนใส่ face shield เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 สรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานการจำกัดและควบคุมการแพร่กระจายของโรคระบาด COVID 19 ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำจากการที่พยาบาลวิชาชีพที่อาสาสมัครเตรียมวัคซีนและฉีดวัคซีนมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) นั้น ส่งผลให้ผู้มารับบริการได้รับวัคซีนตามปริมาณของวัคซีนชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ตามข้อกำหนดของการฉีดวัคซีนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอนันต์ โมมัยพิบูลย์และ คณะ^{13,14,15} โดยผู้รับบริการได้รับปริมาณของวัคซีนขนาด 0.48-0.52 มิลลิลิตร และตรวจพบภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นในระดับที่ดีมาก

พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, SD = 0.41) โดยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำแนกรายข้อพบว่า ในทุกข้อคำถาม พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57-4.77$) ความพึงพอใจต่อการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ด้านการนำแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n

CoV (AstraZeneca) มาใช้ได้จริง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.40$) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในทุกข้อคำถามอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53-4.73$) และข้อถามเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdOx1-n CoV (AstraZeneca) สามารถเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการฉีดวัคซีน ร้อยละ 20 พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.57$) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด Ch Adox1- n CoV (AstraZeneca) ทำตามแนวปฏิบัติโดยที่ไม่ได้ทราบข้อมูลเชิงลึกในการบริหารจัดการวัคซีนและค่าใช้จ่ายในกระบวนการบริหารวัคซีน ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ซึ่งปกติ ในวัคซีน 1 ขวด สามารถเตรียมและฉีดให้กับผู้มารับบริการได้จำนวน 10 dose เท่านั้น แต่ด้วยการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ทำให้สามารถเพิ่มจำนวนผู้มารับการฉีดวัคซีน ได้อีก ขวดละ 2 dose ทำให้สามารถช่วยรัฐบาลลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อนำเข้าวัคซีนจากต่างประเทศและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในส่วนของวัสดุที่ใช้ในการเตรียมและฉีดวัคซีน ต่อคน ลดลง^{16,17,18,19} จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่าน ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ ในด้านของการ ศึกษาความรู้และความสามารถในการเตรียมวัคซีน ChAdox1-n CoV (Astra Zeneca) ตามแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าในกรณีที่มีการระบาดอย่างหนักของ COVID-19 และมีความจำเป็นในการจัดหาวัคซีนให้ประชาชนที่มีความต้องการเป็นจำนวนมากในขณะที่วัคซีนยังมีจำกัด พยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องมีความรู้ และมีความสามารถในการบริหารวัคซีนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการสร้างรูปแบบการพัฒนาการแนวทางปฏิบัติในการบริหารวัคซีน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวิธีการเตรียมวัคซีนแนวทางปฏิบัติการบริหารวัคซีน ชนิด COVID- 19 ชนิด ChAdox1- n CoV (AstraZeneca) ด้วยการใช้กระบอกฉีดชนิดปกติ เทียบกับกระบอกฉีดชนิด LDS ต่อการสร้างระดับภูมิคุ้มกัน
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของระดับภูมิคุ้มกัน หลังจากการได้รับการฉีดวัคซีน ชนิด COVID-19 ชนิด ChAdox1-n CoV (AstraZeneca) ทั้งในระยะสั้น 3 เดือน 6 เดือนและในระยะยาว 1 ปี และเปรียบเทียบความคุ้มค่าของการจัดการบริหารวัคซีน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยการร่วมแรงร่วมพลัง ส่งกำลังใจและแรงผลักดันของผู้บริหาร อธิการบดี มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทุกๆ ท่าน และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

References

1. AstraZeneca COVID-19 Vaccine (ChAdOx1-S [Recombinant]) Vaccine National Protocol Astra Zeneca COVID-19 Vaccine; 2021.
2. Australian Technical Advisory Group for Immunisations. AstraZeneca COVID-19 Vaccine Multidose Vial Preparation. AstraZeneca COVID-19 Vaccine; 2021.
3. NHS Greater Glasgow & Clyde Patient Group Direction (PGD) for Healthcare Professionals. AstraZeneca COVID-19 Vaccine (ChAdOx1-S [Recombinant]). AstraZeneca COVID-19 Vaccine; 2021.
4. Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine and LOW DEAD-VOLUME (LDV) SYRINGES AND/OR NEEDLES; 2021.
5. Information about LOW DEAD-VOLUME SYRINGES AND/OR NEEDLES for Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine; 2021.

6. Rigoni M, Torri E, Nollo G, Donne LD, Rizzardo S, Lenzi L, et al. "Long COVID" results after hospitalization for SARS-CoV-2 infection. *Scientific Reports*. 2022;12(1):9581.
7. Verma P, Chaudhary S, Kaur S, Midha T, Martolia DS. Impact of co-morbidities in COVID -19 infected patients. *Indian Journal of Community Health*. 2022 ;34(1):26-9.
8. Kouhpayeh H. Clinical features predicting COVID-19 mortality risk. *European Journal Translational Myology*. 2022;32(2).
9. Phankavong P, Prueksaantakal N, Benjakul N, Manomaipiboon A. Effectiveness of the air-filled technique to reduce the dead space in syringes and needles during ChAdox1-n CoV vaccine administration. 2022. preprint in medRxiv. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.04.28.22274427>
10. Manomaipiboon A, Phumisantiphong U, Maneerit J, Chalearmchai Y, Jirawathin W, Prajongsai A, et al. Immunogenicity of the ChAdOx1 n CoV-19 vaccine against SARS-CoV-2 with 12-dose vials: An interim analysis. *Vaccine*. 2022;40(4):587-93.
11. Nursing Department of Faculty of Medicine Vajira Hospital. Navamindradhiraj University. Guidelines for administartion COVID-19 vaccine ChAdox1- n CoV (AstraZeneca). 2021; WI- NUR 01-NN-024. (in Thai)
12. Di Giuseppe G, Pelullo CP, Lanzano R, Napolitano F, Pavia M. Knowledge, attitudes, and behavior of incarcerated people regarding COVID-19 and related vaccination: a survey in Italy. *Scientific Reports*. 2022;12(1):960.
13. Manomaipiboon A, Trakarnvanich T, Phumisantiphong U, Maneerit G, Dachavong P, Chalermchai Y, et al. Immunogenicity after the first dose of ChAdox1 nCoV-19 Vaccine (AstraZeneca) with twelve doses per vial technique: an interim analysis; 2021. (in Thai)
14. Phumisantiphong U, Chunhakan S, Manomaipiboon A, Maneerit J, Dechanuwong P, Trakarnvanich T, et al. Comparison of antibody responses before and after booster doses with the Pfizer-BioNTech or Oxford-Astra Zeneca vaccines in healthcare workers in Thailand. *Vaccine X*. 2023;13:100277.
15. Trakarnvanich T, Ngamvichchukorn T, Phumisantiphong U, Pholtawornkulchai K, Phochanasomboon K, Manomaipiboon A. Immune response after COVID-19 vaccination among patients with chronic kidney disease and kidney transplant. *Vaccine*. 2022;40(45): 6499-511.
16. Manomaipiboon A, Pholtawornkulchai K, Poopipatpab S, Suraamornkul S, Maneerit J, Ruksakul W, et al. Efficacy and safety of ivermectin in the treatment of mild to moderate COVID-19 infection: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):714.
17. Khan MI, Ikram A, Hamza HB. Vaccine manufacturing capacity in low-and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2021;99(7):479-A.
18. Fu Y, Zhao J, Wei X, Han P, Yang L, Ren T, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Inactivated Vaccine to Address COVID-19 Pandemic in China: Evidence From Randomized Control Trials and Real-World Studies. *Front Public Health*. 2022;10:917732.
19. Khongsaman P, Jinda J. The Development of Clinacal Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/ or Infected with Coronavirus 2019 (COVID-19) in Emergency Department. *Journal of The Thai Army Nurses*. 2022;23(1) : 159-68.

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยในบริบทอีสาน

Participatory Development of Model Communities to Support the Aging Society in the Isan Context

วารทิพย์ แก่นการ* บษพร วิรุณพันธ์ วิลาวัณย์ อาธิเวช สุมาลี ภาใจ

Waratip Kankarn* Botsaporn Wirunphan Wilawan Arthiwet Sumalee Thajai

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี, ประเทศไทย 34000

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani 34000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในบริบทอีสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 2) พัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 3) ประสิทธิภาพของกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย 4) ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และการทำงานของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในพื้นที่ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมพัฒนาการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนสังคม เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข พึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ที่เกิดขึ้นภายใต้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, สังคมสูงวัย, ชุมชนต้นแบบ

Abstract

This study was a participatory action research. Model community development to support the aging society in the Isan context intended for 1) Study the context and community participation to support the aging society 2) Develop community participation activities to support the aging society 3) The effectiveness of activities supporting the aging society 4) Evaluate and improve in accordance with the community context. Qualitative and quantitative data collection. Data were collected by interviews, focus groups and questionnaires. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation, comparative statistics and qualitative data by content analysis.

*Corresponding Author: E-mail : Waratip65@hotmail.com

The study found that community participation and the work of strong network partners in the area in co-thinking, doing, co-learning and jointly develop operations to support the aging society in doing activities that are beneficial to the social community in order to develop the elderly to have the potential to lead a valuable, happy, self-reliant life sustainably and arising under the existing social capital in the community. The elderly who participated in the activity had quality of life increased in 4 dimensions: physical, mental, social relations, and environment.

Keywords: Community participation, Aging society, Model communities

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนอยู่ที่ประมาณ 9 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12.8 เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในอาเซียน ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด มากเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์² โดยรัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อม สังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” ด้วยการมีแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) เพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานของการลงทุนและใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า³ การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถเป็นเครื่องชี้วัดความสุขหรือคุณภาพชีวิตได้ เพราะผู้สูงอายุบางรายก็ต้องพบเผชิญกับอาการเจ็บป่วย ถูกกลั่นแกล้งจากสังคมและลูกหลานไม่มีเงินไว้ใช้จ่ายในบั้นปลายชีวิต ซึ่งปัญหาเหล่านี้สร้างความลำบากให้กับผู้ที่ไม่มีความพร้อมในการใช้ชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน มีพื้นที่การปกครองครอบคลุม 20 จังหวัด และมีประชากรมากเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของประเทศ หรือประมาณ 23 ล้านคนและมีประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.04 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนประชากร 378,107 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 54,900 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และจังหวัดยโสธร จำนวนประชากร 539,542 คน ผู้สูงอายุ 84,309 คน คิดเป็นร้อยละ 15.63 และมีแนวโน้มจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมสภาพปัญหาของผู้สูง

อายุสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น⁵ ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการดูแลแบบต่อเนื่องในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีภาวะทุพพลภาพมีมากขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง⁶ 2) ด้านจิตใจ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 6 มีภาวะซึมเศร้า⁷ 3) ด้านสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวในช่วงกลางวันเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงาน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลก็มีปัญหาภาระของผู้ดูแลไม่น้อยรวมถึงมีผลกระทบต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมของผู้ดูแล และ 4) ด้านเศรษฐกิจ ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนาเป็นหลัก⁸ แต่ประสบปัญหาน้ำท่วมหรือฝนแล้ง ทำให้ผลผลิตตกต่ำจึงมีการเคลื่อนย้ายของประชากรวัยแรงงานเข้าสู่สังคมเมือง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่กับเด็กตามลำพังบ้างต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูหลานที่ยังเล็ก ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทในชุมชน เพราะการมีพื้นที่ทางสังคมจะช่วยให้การดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเอง ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพราะการมีกิจกรรมจะทำให้มีการคิด มีการขยับกาย และที่สำคัญคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การมีส่วนร่วมในชุมชน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นการสะท้อนถึงศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีสัดส่วนของ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเนื่องมาจากลักษณะทางพื้นที่วิถีชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ที่อาศัยในเขตชนบทนั้นเอื้อต่อการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมได้มากกว่าเขตเมือง เช่น การมีกลุ่มทางสังคม การเป็นจิตอาสาในชุมชน การถ่ายทอดภูมิปัญญาที่สั่งสมมาตลอดชีวิตให้กับคนรุ่นต่อไป เป็นต้น⁸ ดังนั้นคณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องมีการ การวางแผนอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน ครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเอง โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 2) เพื่อพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 3) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย 4) ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปรับปรุง โดยพิจารณาบนพื้นฐานของชุมชน เพื่อให้เป็นสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ระยะที่ 2 พัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนากิจกรรม ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย ระยะที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ประชากรประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 10 คน กลุ่มคนในชุมชน เช่น อสม. และผู้ดูแลจำนวน 10 คน ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 10 คน ในตำบลกุดชุม จังหวดยโสธร และตำบลจานลาน จังหวัดอำนาจเจริญ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept-Interview) โดยเป็นแนวคำถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคำถามเกี่ยวกับบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ 0.82 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยการประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนากิจกรรม ประชากรประกอบด้วย ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 10 คน กลุ่มคนในชุมชน เช่น อสม. อสค. และผู้ดูแลจำนวน 10 คน ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 10 คน ในตำบลกุดชุม จังหวดยโสธร และตำบลจานลาน จังหวัดอำนาจเจริญ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน นำแผนการจัดกิจกรรมที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 นำข้อเสนอแนะการจัดทำกิจกรรม ไปปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนการนำมาทดลองใช้ ระยะเวลาในการพัฒนากิจกรรมในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 5 กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ “ฟอมน่วนฮักแพง สุขภาพแข็งแรงแบ่งปัน” 2) ก่อขำว่น้อยลดน้ำตาลป้องกันโควิค 3) ออมเพื่อชีวิตที่ดี 4) หัตถกรรมทอผ้าไหม 5) ซ่อมสร้างช่างชุมชน

ระยะที่ 3 ประสิทธิภาพกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย ประชากรเป็นผู้สูงอายุในตำบลกุดชุม จังหวดยโสธร และตำบลจานลาน จังหวัดอำนาจเจริญ การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน (Dependent groups) โดยใช้สูตร Cohen⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 62 คน แต่เพื่อกันข้อมูลสูญหาย และกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่ม

ตัวอย่างทั้งสิ้น 74 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบง่าย โดยกำหนด
เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี
2) สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน 3) สามารถ
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 4) ไม่มีข้อห้าม
ทางการแพทย์ในการออกกำลังกาย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ใน
ระหว่างเข้าร่วมโครงการมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง 2) ขอยกเลิก
การเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วม
ของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 5 กิจกรรมประกอบด้วย
1) กิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ “พ่อนม่วนฮัก
แพง สุขภาพแข็งแรงแบ่งปัน” 2) ก่องข้าวน้อยลดน้ำตาล
ป้องกันโรคเบาหวาน 3) ออมเพื่อชีวิตที่ดี 4) หัตถกรรมทอผ้าไหม
5) ซ่อมสร้างช่างชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล
และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก
เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยสุวัฒน์
มัทนรินทร์กุล และคณะ 10 ประกอบด้วยองค์ประกอบ
ของคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ
3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนน
คุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบ
รวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับ
เกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 แสดงถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61-95 แสดงถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 คน คำนวณหาค่า CVI เท่ากับ 0.88 ทดสอบ
ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มี
ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ
ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) เท่ากับ 0.91

ทดสอบประสิทธิภาพกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย โดย

ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการดำเนิน
กิจกรรมระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

ระยะที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข
ปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ประชากรประกอบด้วย
ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 10 คน
กลุ่มคนในชุมชนจำนวน 10 คน ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ในชุมชนจำนวน 10 คน ในตำบลกุดชุม จังหวัดยโสธร และ
ตำบลจานลาน จังหวัดอำนาจเจริญ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
โดยการจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชน และรับฟังข้อเสนอแนะ
จากชุมชนจัดกิจกรรมในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ในการวิจัยอย่าง
เคร่งครัด โดยก่อนการวิจัย ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
วิจัยอย่างละเอียดก่อนลงนามเข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัคร
ต้องอ่านข้อมูลในเอกสารใบชี้แจงข้อมูลและแนใจว่าอาสาสมัคร
เข้าใจในข้อมูลดังกล่าวอย่างถ่องแท้ก่อนการตกลงเข้าร่วม
การวิจัย พร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัยโดยปราศจากการบังคับ
หรือโน้มน้าว และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
โดยปราศจากอคติหรือ ผลกระทบต่อตัวผู้ให้ข้อมูลการศึกษา
ครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE64004
(24 ก.พ. 2565) ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาประโยชน์ที่ได้รับข้อมูลที่
ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม
เท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วม
การศึกษาให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
(Content analysis) โดยจัดประเด็นความรู้ประสบการณ์
ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ลงรหัส
ข้อมูล (Coding the data) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ
paired t test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพ
ชีวิตก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม ประชากรสูงอายุและครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาใน 4 มิติ พบว่า

1. มิติด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พื้นที่ศึกษา เป็นตำบลที่อยู่ในเกณฑ์สังคมผู้สูงอายุตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ คือมีจำนวนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งตำบล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-2 โรคที่พบมากได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปวดข้อ เป็นต้น การเจ็บป่วยส่วนใหญ่นั้นพบว่า ยังคงมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัว อสม. และอศค. ใกล้บ้าน การส่งเสริมสุขภาพ ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายต่อเนื่อง เนื่องจากติดภารกิจครอบครัวต้องเลี้ยงดูหลาน มีเฉพาะกลุ่มแกนนำชุมชนและอสม. สำหรับปัญหาสภาพจิตใจนั้นในชุมชนไม่เป็นปัญหาเนื่องจากชนบทดั้งเดิมเอาไวได้จึงยังทำให้มีการพบปะกันของชาวบ้านตามงานบุญประเพณีทางศาสนาต่าง ๆ ตามปฏิทินวัฒนธรรมของชุมชน มีสถานที่ทางศาสนาสำหรับยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้คนในชุมชนรู้จักกันในเครือญาติค่อนข้างมากกว่าสังคมเมืองจึงทำให้ยังมีความเอื้ออาทรให้แก่กันและสามารถช่วยเหลือกันในการทำกิจกรรมของชุมชนได้

2. มิติด้านเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ มีอาชีพด้านการเกษตรเพียงด้านเดียว เช่น การปลูกข้าว การปลูกพืชไร่ เช่น ปลูกมันสำปะหลัง สวนยางพารา เป็นต้น อาชีพที่สามารถทำได้ในวัยสูงอายุที่สามารถประกอบอาชีพในครัวเรือนของตนเอง ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ ได้แก่ ปลูกหม่อนเลี้ยงไหม ทอผ้าไหม ไม้กวาดทางมะพร้าว จักสานไม้ไผ่ เป็นต้น แต่ยังมีต้นทุนในการซื้อวัตถุดิบสำหรับนำมาผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ แต่ไม่มีวัตถุดิบที่เพียงพอในท้องถิ่น ทำให้ต้องจัดซื้อจากท้องถิ่นอื่นเพื่อนำมาประกอบอาชีพทำให้กำไรจากการจำหน่ายสินค้าลดลง ซึ่งประชาชนในชุมชนมีความต้องการให้มีการสนับสนุนกระบวนการผลิตให้ทันต่อความต้องการและมีตลาดรองรับที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางในการกระจายสินค้า และสามารถต่อรองราคากับผู้ประกอบการที่รับซื้อไปจำหน่ายได้มากขึ้น สิ่งที่สามารถยกระดับความพร้อมด้านเศรษฐกิจของชุมชนได้ ความพร้อมด้านการออมเพื่อยุติสูงอายุไม่มากนัก เนื่องจากมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับเหลือเก็บออมและการมี

หนี้สินการกู้เงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์มาเพื่อเป็นทุนในการผลิต โดยต้นทุนด้านพื้นที่ พบว่า มีพื้นที่เกษตรและพื้นที่ป่าชุมชนที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการออมในรูปแบบต้นไม้ได้

3. มิติด้านสิ่งแวดล้อม สภาพของชุมชนส่วนใหญ่ยังมีลักษณะเป็นสภาพชนบทที่มีความร่มรื่นและพื้นที่สีเขียวอยู่มาก มีพื้นที่สาธารณะอยู่หลายแห่ง เช่น สวนสาธารณะ ศาลากลางหมู่บ้านที่เหมาะสมในการพัฒนาเป็นสถานที่ทำกิจกรรมของชุมชนร่วมกันได้ในอนาคต แต่ยังไม่ได้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมมากนัก ในระดับครัวเรือนของชาวบ้านยังคงมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและยังไม่มีมีการวางแผนเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในชุมชน เนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและยังไม่มีอุบัติเหตุที่รุนแรงจากการอยู่อาศัยในครัวเรือน

4. มิติด้านสังคม คนส่วนใหญ่ยังมีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก รับจ้าง และค้าขาย ทำให้ในช่วงเวลาปกติกลุ่มบุคคลอายุในวัยทำงานจะออกนอกบ้าน ไปทำงานผู้สูงอายุบางส่วนจึงต้องอยู่บ้านเพียงลำพังขาดการดูแลในช่วงที่ลูกหลานไปทำงาน มีชมรมผู้สูงอายุที่ได้สร้างกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุได้ร่วมกันพบปะสร้างความสัมพันธ์กันเองร่วมกับกลุ่ม อสม. ทำให้ผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลนั้นจะเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ด้วยพื้นฐานที่ยังคงความเป็นชนบทดั้งเดิมเอาไวได้จึงยังทำให้มีการพบปะกันของชาวบ้านตามงานทางศาสนาต่าง ๆ ตามปฏิทินวัฒนธรรมของชุมชน แต่กิจกรรมดังกล่าวยังมีการมีส่วนร่วมกันทุกช่วงวัยในชุมชนยังไม่เพียงพอ ประกอบกับรูปแบบการทำกิจกรรมเป็นการจัดขึ้นเป็นครั้งคราว ความสัมพันธ์ของชุมชนในภาพรวมพบว่า สังคมยังมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่รักใคร่สามัคคีกันแบบคนในชนบทภาคอีสานทั่วไป มีการรวมกลุ่มกันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันอยู่เสมอ โดยมีผู้นำของชุมชนและหน่วยงานในระดับตำบลเป็นแกนนำสำคัญในการเชื่อมร้อยระหว่างคนภายนอกชุมชนกับชาวบ้านในชุมชนของตนเอง

ระยะที่ 2 การพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จากข้อมูลการศึกษาบริบทชุมชนและผู้สูงอายุ สามารถนำมาพัฒนา 5 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรม “พ่อนมวนฮักแพง สุขภาพแข็งแรง แบ่งปัน” เป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุประกอบ

ดนตรีพื้นเมืองอีสาน เป็นการเคลื่อนไหวอวัยวะร่างกายตามจังหวะเสียงเพลง จะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อเล็ก ข้อต่อต่างๆ ตลอดจนกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายได้ทำงานเช่นเดียวกัน “การฟ้อนรำ” จะมีผลต่อสมอง คือ ทำให้สมองได้ใช้งาน ในการจดจำทำการเดิน และการย่างก้าวขณะฟ้อนรำ เมื่อสมองได้ใช้งานก็จะช่วยป้องกันโรคความจำเสื่อมได้ เรียกได้ว่าเป็นการออกกำลังกายที่พัฒนาทั้งร่างกายและสมองไปพร้อมๆ กัน อีกทั้งยังทำให้รูปร่างและทรวดทรงของผู้สูงอายุกระชับ มีการทรงตัวที่ดีเพื่อป้องกันการหกล้มบาดเจ็บ อีกทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายก็ยังสามารถช่วยเผาผลาญไขมันที่รับประทานเข้าไป ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังช่วยคลายเครียด กิจกรรมออกกำลังกายดังกล่าว ผู้สูงอายุจะได้พบเจอกลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ก็จะทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่ดี ประกอบด้วยการรำ 12 ท่า ใช้เวลา 20 นาที รำ 2 รอบใช้เวลา 40 นาที ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 4 ครั้งทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และอาทิตย์

2. กองข้าวน้อยลดน้ำตาล ป้องกันโควิด เพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดยโสธร เป็นการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปรับใช้ในการดำรงชีวิตภายใต้โครงสร้างสังคมสมัยใหม่ ซึ่งผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร มีการทำหัตถกรรมจักสานกองข้าวเพื่อจำหน่ายเป็นสินค้า และเพื่อเสริมสร้างระบบเศรษฐกิจของชุมชน อันเป็นการปรับตัวต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงภายนอกชุมชน จากการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและปราชญ์ชาวบ้านในการคิดนวัตกรรมกองข้าว เพื่อควบคุมการบริโภคข้าว ทำให้ ได้กองข้าวที่มีองค์ประกอบและการใช้งานที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถนำไปใช้เพื่อการควบคุมปริมาณการบริโภคข้าวได้ จึงมีการต่อยอดผลิตภัณฑ์นวัตกรรมกองข้าวเพื่อช่วยในการควบคุมแคลอรีในผู้ป่วยเบาหวานและช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลหนักเกิน รวมทั้งช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อได้แก่ โรคโควิด-19 และโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น ทำให้ชุมชนมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์กองข้าวเชิงนวัตกรรม มีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนโดยใช้ทุนเดิมของชุมชนในการขับเคลื่อน

3. ออมเพื่อชีวิตที่ดี ชุมชนเป็นชุมชนชนบทมาก โดยเฉพาะ ความเป็นอยู่และสภาพพื้นที่เป็นพื้นที่สีเขียวอยู่เป็นจำนวนมาก ป่าของชุมชนส่วนใหญ่จะกระจายอยู่ตามพื้นที่การเกษตรและสถานที่สาธารณะซึ่งเป็นที่ทำเลเลี้ยงสัตว์และสถานที่ทางศาสนาจึงทำให้ยังคงมีต้นไม้ในชุมชนที่สามารถ

เป็นต้นทุนในการออมต้นไม้ได้ประกอบกับการที่ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมมีทักษะในการปลูกพืช เป็นชุมชนเก่าแก่ซึ่งอาศัยตั้งแต่รุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย และยังมีกรรมสิทธิ์ในที่ดินของตนเอง ถึงแม้ว่าในหลายครอบครัวจะมีภาวะหนี้สิน รายได้ไม่เพียงพอสำหรับเก็บออมในรูปแบบของเงินทอง การออมในรูปแบบต้นไม้เป็นสิ่งที่ความเหมาะสมกับชุมชน และมีคนชุมชนเข้าร่วมในแนวคิดนี้จำนวนมาก อีกทั้งชุมชนยังมีต้นทุนด้านบุคคลและสถานที่ ทำให้ชาวบ้านที่ไม่มีรายได้อีกที่เพียงพอสำหรับการออมเงินได้เข้าถึงโอกาสในการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตนเองมากยิ่งขึ้น โดยผ่านการออมต้นไม้ยืนต้นในที่ดินของตนเองและยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดพื้นที่สีเขียวให้มากยิ่งขึ้น

4. หัตถกรรมทอผ้าไหม การทอผ้าเป็นหัตถกรรมพื้นบ้านของชาวอีสาน และเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น สตรีจะใช้เวลาหลังจากฤดูเก็บเกี่ยวมาทอผ้าสำหรับใช้ในครอบครัว หรือในประเพณีต่างๆ ปัจจุบันการทอผ้าไหมกลายเป็นสินค้าที่เพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว ชุมชนบ้านสร้อย จังหวัดอำนาจเจริญ มีการปลูกหม่อน เลี้ยงไหม และทอผ้าไหมซึ่งได้รับการสืบทอดภูมิปัญญา ซึ่งสืบทอดดั้งเดิมของชุมชนจะเป็นลายกวางสร้อย ต่อมาได้มีการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มทอผ้าไหมบ้านสร้อยทำการจัดลิขสิทธิ์ทางปัญญา มีการนำผ้าไหมจำหน่ายเป็นสินค้าชุมชน ผ้าไหมของชุมชนมีราคาถูกเนื่องจากชาวบ้านเลี้ยงไหมเอง นอกจากนั้นตัวไหมหรือดักแด้อย่างสามารถขายได้กิโลกรัมละ 200 บาท และแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์เช่น ดักแด้อบเกลือ ดักแด้ผัดกะเพรา เป็นต้น ช่วยเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว นอกจากนี้สตรีสูงอายุมักมีกิจกรรมและได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่ลูกหลานเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง

5. ช่อมสร้างช่างชุมชน เป็นการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อรองรับวัยสูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสพบว่า บ้านเรือนส่วนใหญ่ยังมีสภาพบ้านที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ส้วมแบบนั่งยอง การมีธรณีประตู การใช้ประตุน้ำหรือห้องน้ำแบบบานผลัก เป็นต้น ดังนั้นการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับทั้งผู้สูงอายุ ผู้พิการจึงเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ และทำให้ผู้คนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย จึงทำให้เกิดโครงการ “ช่างชุมชน” เพื่อพัฒนากลุ่มคนในชุมชนให้มีพื้นฐานการประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุ การประเมินสภาพบ้าน และมีความรู้เรื่องการออกแบบสภาพบ้านที่เหมาะสมแก่การอยู่

อาศัยของคนกลุ่มเหล่านี้ให้เกิดขึ้นในชุมชน จนนำไปสู่กระบวนการปรับสภาพที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ผลจากกิจกรรมดังกล่าวนี้ว่าเป็นนวัตกรรมทางสังคมของชุมชนที่ก่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมด้านสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและการสร้างต้นแบบของชุมชนที่มีส่วนร่วมกันทางสังคมในการช่วยเหลือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนร่วมกัน

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเพราะทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ชุมชนและการมีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนจะทำให้ชีวิตมีความหมายยิ่งขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นต่างๆ หรือการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า

ต่อสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยการสุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน ข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ 73 ราย กลุ่มตัวอย่างขาดการติดตามจำนวน 1 ราย เนื่องจากต้องดูแลหลานที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.07 อายุเฉลี่ย 63.21 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 89.04 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 84.93 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.34 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,700 บาท ผู้ดูแลตนเองร้อยละ 56.16 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 56.16 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 71.23 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพชีวิตพบว่า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		Paired t- test	p-value
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ		
ด้านร่างกาย	23.92 $\pm$ 2.01	ปานกลาง	24.49 $\pm$ 1.99	ปานกลาง	-3.633	.001
ด้านจิตใจ	15.62 $\pm$ 4.24	ปานกลาง	23.56 $\pm$ 1.88	ดี	-15.644	.000
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.72 $\pm$ 2.51	ปานกลาง	12.80 $\pm$ 2.55	ดี	-5.716	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.01 $\pm$ 3.36	ปานกลาง	31.78 $\pm$ 6.05	ดี	-5.988	.000
โดยรวม	77.27 $\pm$ 6.10	ปานกลาง	92.47 $\pm$ 7.53	ดี	-17.131	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ระยะที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยชมรมผู้สูงอายุในตำบลกุดชุม จังหวัดยโสธรเสนอแนะให้มีพื้นที่ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน การจัดกิจกรรมควรมีความต่อเนื่องและของงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมจากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดชุม ส่วนผู้สูงอายุในตำบลจานลาน จังหวัดอำนาจเจริญ เสนอแนะการจัดตั้งกลุ่มอาชีพสำหรับผู้สูงอายุโดยจัดให้เป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนการทอผ้าไหม

การอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. บริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ความสัมพันธ์ของชุมชนในภาพรวม พบว่าสังคมยังมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่รักใคร่สามัคคีกันแบบคนในชนบทภาคอีสานทั่วไป ถึงแม้ว่าจะถูกความเจริญของการพัฒนาพื้นที่ของความเป็นเมืองเข้ามา แต่ผู้คนในชุมชนนั้นเป็นคนพื้นถิ่นซึ่งอยู่อาศัยกันมาหลายชั่วอายุคนทำให้ยังคงความเป็นชุมชนดั้งเดิมไว้ได้จึงมีการรวมกลุ่มกันเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันอยู่สม่ำเสมอโดยมีผู้นำของชุมชนและหน่วยงานในระดับตำบลเป็นแกนนำสำคัญในการเชื่อมร้อยระหว่างคนภายนอกชุมชนกับชาวบ้านในชุมชนของตนเอง

2. การพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อรองรับสังคมสูงวัย ผ่านการถ่ายทอดองค์ความรู้ในชุมชน เพื่อการส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในชุมชน และการมีรายได้เสริม เป็นการบูรณาการ การทำงานของภาคี เครือข่ายที่เข้มแข็งในพื้นที่ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมพัฒนาการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในการทำ กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนสังคมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข พึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ที่เกิดขึ้นภายใต้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ใน ชุมชน การเปลี่ยนแปลงและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ได้แก่ กลุ่มผู้สูง อายุในพื้นที่ มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ เหมาะสมจากการเจ็บป่วยและเป็นโรคเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิต ที่ดี และองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์และวิสาหกิจชุมชน เช่น การจักสานทำถ้องข้าวลาดเบาหวาน การทอผ้าไหม การแปรรูป ดักแด้ เพื่อการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาด้านต่างๆ ของ ผู้สูงอายุจากฐานสู่รุ่นกับคนในชุมชนหรือผู้ที่สนใจ นำไปสู่การ ส่งเสริมอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุ การยกระดับเพิ่มมูลค่า ของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ของผู้สูงอายุในชุมชนสู่ตลาดอย่าง เป็นรูปธรรม การลดการพึ่งพิงจากครอบครัว และการพึ่งพา ตนเองของผู้สูงอายุ การออม และการมีรายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิด¹¹ ที่มองว่า การพัฒนาที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม ของคนในจะประสบผลสำเร็จมากกว่าการที่คนนอกเข้าไป ซึ่งการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นหลายรูปแบบ เช่น การมีส่วนร่วมเป็น ความร่วมมือ (Participation as Collaboration) ลักษณะ เป็นการร่วมในกิจกรรมพัฒนาต่างๆ และการศึกษาเกี่ยวกับการ พัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า การเปลี่ยนแปลง ที่เป็นรูปธรรมเพื่อการส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งเสริมการทำงาน สร้างอาชีพ และรายได้เสริม รวมถึงส่งเสริม การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ การสร้างอาชีพและรายได้เสริม การใช้ชีวิต อย่างมีคุณค่าและมีความสุข นันทนาการ¹² และสอดคล้อง กับการศึกษา¹³⁻¹⁴ พบว่า การมีกิจกรรมที่มีความสอดคล้องตรง กับความต้องการของผู้สูงอายุทุกด้าน ทำให้ได้รับความร่วมมือ จากผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี และสอดคล้องกับ การสังเคราะห์การพัฒนาชุมชนต้นแบบรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน¹⁵ ที่นำชมรมผู้สูง อายุและโรงเรียนผู้สูงอายุมาใช้เป็นกลไกในการพัฒนาชุมชน ต้นแบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ครอบคลุมการดำเนินการเชิง

บูรณาการในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อการสร้างการเรียนรู้และการพัฒนา สู่ความยั่งยืน

3. ประสิทธิผลกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัย พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเพราะทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ชุมชนและการมี ความสัมพันธ์กับคนในชุมชนจะทำให้ชีวิตมีความหมายยิ่งขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยน ความรู้ความคิดเห็นต่างๆ หรือการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญา ท้องถิ่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคมส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมสุขภาพ สมรรถภาพ ทางกาย และชะลอความเสื่อมของร่างกาย เพิ่มความสามารถ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ คลายความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะ ต่างๆ การรับรู้ว่าคุณค่าได้มีกิจกรรมนันทนาการและมีกิจกรรม ในเวลาว่าง มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุได้ พบปะสังสรรค์กับเพื่อนในวัยเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ทางด้านสุขภาพ มีความสนุกสนานและมีความสุข ในชีวิตตามมา และเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้¹⁵ ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพและการเคลื่อนไหวอาจเป็น องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และองค์การ อนามัยโลก¹⁶ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็น การรับรู้ ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขาภายใต้ บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ การเสริมสร้างสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต บริบทวัฒนธรรม ประเพณี ความเป็นอยู่ ค่านิยมและความ ต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน นั้น ๆ จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรม การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน

4. ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปรับปรุงให้ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการจัดกิจกรรม และทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมโดยมีกำนันเป็นผู้นำ การจัดกิจกรรม

ออกกำลังกายมีช่วงเวลาที่เหมาะสมไม่นานเกินไป สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากเดินทางสะดวก การจัดกิจกรรมมีความต่อเนื่องและชุมชนสามารถดำเนินต่อได้ทำให้เกิดความยั่งยืน นอกจากนี้การจัดกิจกรรมทำให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มคนหลายช่วงวัย และการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นต่างๆหรือการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อสังคม ผลสำเร็จของการดำเนินงานเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และขยายผลในการพัฒนาพื้นที่เกิดจากปัจจัย ดังนี้ การมีส่วนร่วมและการยอมรับของคนในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นโยบายขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนในการเป็นแกนนำหลัก และกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อการต่อยอดขยายผล และการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาที่เกิดขึ้นให้คงอยู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ควรมีการริเริ่มการดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ทำความเข้าใจกับชุมชน เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและการยอมรับ การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. การสร้างกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมอาชีพและรายได้ การรวมกลุ่มอาชีพ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน และการเพิ่มมูลค่าและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ชุมชน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัยสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม

3. ความสำคัญในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมภาวะผู้นำของแกนนำผู้สูงอายุ และการกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเพื่อใช้ในการนโยบายและงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2565 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

1. World Health Organization. Ageing and health; 2022.
2. National Statistical Office. Population statistics; 2022.
3. Department of Older Persons. Strategic Plan, Department of Older Persons, 2017-2021. Bangkok; 2017.
4. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand, 77 provinces, December 2021.
5. Kankarn W, Damnok K, Anutrakulchai S. Effectiveness of care model for chronic kidney disease patients using integrated disease management and case management in primary care units, Northeast. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(3):173-81. (in Thai)
6. Wongsari C, Thongthong S, Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregiver. HCU journal.2018; 25(3):43: 166-79. (in Thai)
7. Ekplakorn W, Puckcharoen H, Sathiannoppakao W. The 6th Thai People's Health Survey by Physical Examination, 2019-2020. Mahidol University, Institute of Health Systems Research, Ministry of Public Health; 2021.
8. Wongprom J, Jongwutiwes K, Prasertsuk N, Jongwutiwes N. Community participation in the development of Older Persons' Quality of Life. Veridian E-Journal, Slipakorn University. 2015; 8(3):41-54. (in Thai)

9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1997.
10. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal Ment Health Thai*. 1998; 5:4-15.
11. Oakley P, Marsden D. Approach to participation in rural development. Geneva: WHO; 1984.
12. Worawong C, Sridawruang C, Thawinkarn D, Manasatchakun P. The development of aged friendly community: Tambon Naphu Aging School, Amphur Phen, Udonthani. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2020;30(2):150-63. (in Thai)
13. Sapkaew Y. The development of elderly's quality of life by using the elderly school curriculum, the excellent center in health promotion of elderly, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. *Journal of Nursing and Education*. 2016;9(2): 25-39. (in Thai)
14. Wongpanarak N, Chotchakhote J, Ruangchaithaweesuk K. Guidelines for promoting quality of life based on elderly needs in Ban Hua Khua, Tambon Khamreang, Maha Sarakham province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):165-204. (in Thai)
15. Thamikboworn S. A model for sustainable community development for aging society aging school and aging club. Ubonratchathani University Printing House. 2018. (in Thai)
16. Elipoulos C. Gerontological nursing. (8thed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
17. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version. Geneva; 1996.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความทางการแพทย์พยาบาลและบทความในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ หรือบทความอื่นที่น่าสนใจ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลทหารบก ทั้งนี้ มีข้อตกลงในการส่งบทความเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้

1. บทความที่ส่งเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งตีพิมพ์อื่นๆ ในเวลาเดียวกัน

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว จะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบก

3. ผู้เขียนชำระเงินค่าตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด

4. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์ ต้องแจ้งบรรณาธิการโดยตรงให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะส่งให้ reviewer อ่าน หากบทความนั้นได้ผ่านการอ่านจาก reviewer แล้ว จะถอนคืนไม่ได้

5. ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณาทั้งภายนอก (external review) และภายใน (internal review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านทางการแพทย์โดยเฉพาะ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ อย่างน้อย 3 ท่าน ต่อบทความ (แบบ double-blinded)

6. หากท่านต้องการทราบวาทความที่ส่งมาแล้วอยู่ในขั้นตอนใด ท่านสามารถติดต่อสอบถามบรรณาธิการได้

7. หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ ใช้เฉพาะบทความที่ท่านส่งตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกเท่านั้น

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ สถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้ตรงกลางของหน้าแรก

3. เนื้อเรื่องและการใช้ภาษา

3.1 บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุคำสำคัญ 2-5 คำ ส่วนการเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

3.2 บทความวิจัย ควรเรียงลำดับเรื่องดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- คำสำคัญภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- คำสำคัญภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- คำถามการวิจัย
- กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- วิธีการดำเนินการวิจัย
- การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

3.3 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ไม่ใช้เอกสารที่เป็นเว็บไซต์ใดๆ การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

3.4 บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของวารสารเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ และเมื่อบทความตีพิมพ์ท่านสามารถปริ้นบทความได้ทุกหน้า (งดการตีพิมพ์แบบเล่ม) ได้ที่

<http://tci-thaijo.org/index.php/JRTAN>

3.5 ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก.ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ควรส่งต้นฉบับที่ตีพิมพ์ในกระดาษ A4 3 ชุด พร้อมแผ่นบันทึก CD ระบุโปรแกรมที่ใช้และชื่อแฟ้มข้อมูลมาด้วย พร้อมทั้งแจ้งชื่อ สถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก

2. Submission บทความลงใน <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN>

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)
2. เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,... ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
3. การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข (1,2,3)
4. เอกสารอ้างอิงส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,... ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

ติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

โทร 081-3455771 E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง มีดังนี้

หนังสือที่บรรณาธิการเป็นผู้เขียนทั้งเล่ม

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title: subtitle. Edition(if not the first).Place of publication: Publisher; Year.

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ.พิมพ์ครั้งที่.สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Bronfenbrenner U. Ecological models of Human development. in international encyclopedia of education. 2nd ed. Oxford; Elsevier. 1994

วารสาร

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title of article. Title of journal, abbreviated. Date of Publication; Volume number (Issue number) : Page numbers.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน ; เล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่) : เลขหน้าแรก - หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

Paowana W. Effect of videotaped video on nursing practice in patients with health problems, boromrajonani nursing college, udonthani, Journal of Nursing and Health Care. 2013; 31(3) : 99-106. (in Thai)

วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. (dissertation/thesis). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์

Sowapak P. Factors related to drug adherence among elders with hypertension. (thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)