



วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล  
Journal of Health and Nursing Research

Online ISSN 2697-5041

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562

Vol. 35 No. 2 May – August 2019

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร

นักวิชาการอิสระ อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ดร.พรฤดี นิธิรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ดร.กสิณแก้ว จันทร์หงษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.กุลธิดา พาณิชกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.ศิริธร ยิ่งแรงเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405

โทรสาร 0-2354-8251

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

<http://www.tci-thaijo-org/index.php/bcnbangkok>

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612

[cuprint@hotmail.com](mailto:cuprint@hotmail.com)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความบทความวิชาการและวิจัย  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562

Vol. 35 No. 2 May-August 2019 Online ISSN 2697-5041

1. ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. ผศ.ดร.วารีย์ กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ผศ.ดร.สมนึก สุกุลหงส์โสภณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
6. ผศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
7. รศ.ดร.จันทิขญ์ชา มะมม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
8. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ.ดร.ณิชากานต์ ทรงไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
10. ดร.วิราวรรณ คำหวาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
11. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
12. พ.ท.หญิง ดร.ปราณี อ่อนศรี สำนักงานปฏิบัติการกึ่งรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก
13. ผศ.ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
14. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
15. พ.ต.หญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
16. ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17. ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรื่องรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
18. ดร.ณัฐวรรณ คำแสน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
20. ดร.กมลพรรณ วัฒนากร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
21. ดร.พัชรี ใจการุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
22. ดร.รุ่งทิภา หวังเรืองสถิตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
23. ดร.อรวรรณ แผนนคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
24. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
25. ดร.เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
26. ดร.นุสรานา นามเดช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
27. ดร.พรเลิศ ชุมชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
28. ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ นักวิชาการอิสระ
29. ดร.สุภาพร วรรณสันต์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
30. ดร.อัญชญา จุลศิริ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
31. ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลศลกิจ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
32. ดร.สมรภพ บรรณหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
33. ดร.กุลธิดา พานิชกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
34. ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
35. ดร.ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
36. ดร. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

**สารบัญ**  
**ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562**

**บทความวิชาการ**

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด ชลดตา ดิยะวิสุทธิ์ศรี ภาวดี เหมทานนท์ สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์	1
การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด รัตติกร เหมือนนาตอน ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล สันติ ยุทธยง	13
การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ณัฐธิดา สร้อยเพชร นัยนา อินธิโชติ วาสนา ครุฑเมือง นพรัตน์ สวนปาน	26
การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล สำลี สาลีกุล กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา	38

**บทความวิจัย**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ปรียานุช นารณสิทธิ์ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ นิสากร กรุงไกรเพชร	44
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน อดุลย์ วุฒิจูร์พันธ์ สุทธิพร มุลศาสตร์ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา	57
สภาพการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และ การเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โสภารักชาธรรม อุไร นิโรธนันท์ ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	71
เปรียบเทียบผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง “หลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก” กับ วิธีการสอนปกติที่มีต่อระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล สุดารัตน์ วงศ์จุลชาติ สุนีย์ อินทร์สิงห์	83
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ จาริศรี กุลศิริปัญญา พัทรี ต้นศิริ กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา	95
นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่” ยุพเรศ โจมแพง จุรีรัตน์ กอเจริญยศ จรินทร์ โคตพรม	109
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม วิกรม รุจยากรกุล ปิยธิดา ตรีเดช สุนธธา ศิริ ชาญวิทย์ ตรีเดช	118
ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ จิราพร เกศพิชญวัฒนา	129
การพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อติญาณ์ ศรเกษตริน อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ วารุณี เกตุอินทร์ ดาราวรรณ รองเมือง	140
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดวงฤทัย ไพโรบึง พัชรพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ทศนีย์ รวีวรกุล	153

**สารบัญ**  
**ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562**

ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา กัลยรัตน์ ศรกล้า วารี กังใจ สหทัยา รัตนจระณะ	163
การศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กฤษดา แสงวงดี อติญาณ์ ศรเกษตริน ดาราวรรณ รองเมือง รุ่งนภา จันทรา สุทธนันท์ กัลกะ เบญจพร รัชตารมย์ วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์	174
รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ปัญญา ยงยิ่ง วิชัย เทียนถาวร วสุธร ต้นวัฒนกุล กาสัก เตชะชั้นหมาก พัทธนา ใจดี วันัสรา เขาวรรณนิม	184
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ รุ่งระวี นาวิเจริญ	199
การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลหะทางจมูกและปากในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พัชรี วัฒนชัย ศิริธร ยิ่งแรงเรือง	210
ผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร อุบล สุทธิเนียม จันทร์จิรา เกียรติสี่สกุล	224

**Content**  
**Volume 35 Number 2 May-August 2019**

**Articles**

Nurse's Roles in Neonatal Palliative Care Chollada Tiyawisutsri Pawadee Hamtanon Sawitree limkamontip	1
Learning Development Through Reflection Rattikorn Mueannadon Yupaporn Tirapaiwong Jeamjai Srichairattanakull Santi Yutthayong	13
Care for Children with Congenital Heart Disease to Prevent Respiratory Tract Infections Nutchra Soiphet Naiyana Intichoti Wasana Khрутmuang Nopparat Suanpan	26
The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to Evaluate Clinical Skill of Nursing Students Sumlee Saleekul Kitsanaporn Tipkanjanaraykha	38

**Research Articles**

Factors Influencing Fruit and Vegetable Consumption among Grade 6 Primary School Students in Bangkok Metropolitan Preeyanuch Natsit Suwana Junprasert Nisakorn Krungkraipetch	44
The Effectiveness of an Enhancing Motivation Program in Weight Reduction via Electronic Communication in Obese Nursing Students Adul Wuttijureepan Sutteeporn Moolsart Kitsanaporn Tipkanjanaraykha	57
The Current Situation of Teaching for Health Promoting Smoking Prevention and Smoking Cessation of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Sopah Raksatham Urai Nirotnun Yupaporn Tirapaiwong	71
A Comparison of the Effectiveness of Using Electronic Book entitled "Principles of Pediatric Nursing" and Traditional Learning Methods on Learning Achievement and Satisfaction of Nursing Students Sudarat Vongchulachat Sunee Insing	83
Factors Affected the Decision Making for Cervical Cancer Screening among Women at Suphanburi Province Nattaya Phiromsid Jareesri Kunsiripunyo Patchari Tansiri Kittisak Loungpantao	95
The Innovation of JVP Yupared Jompaeng Chureerat Korcharoenyos Jarintorn Koteprom	109
Factors Related to Operation of Elderly Club with Standard Quality in Nakhon Pathom Province Wikrom Rujayakronkul Piyathida Tridech Sukhontha Siri Charnwit Tridech	118
The Effect of a Humanitude Care Program on the Anxiety of Older Persons Who were Admitted in a Coronary Care Unit Atcharaporn Youyangket Jiraporn Kespichayawattana	129
A Development of Interprofessional Education Learning Model for Health Promotion among the Elderly in the Community Atiya Sarakshetrin Atcharawadee Sriyasak Varunee Ketin Daravan Rongmuang	140
The Effect of a Coping Enhancing Program among Diabetic Elderlies Duangruethai Phraibueng Patcharaporn Kerdmongkol Kwanjai Amnatsatsue Tassanee Rawiworrakul	153

**Content**  
**Volume 35 Number 2 May-August 2019**

Predictive Factors of Resilience among Elderly Living in Home for the Aged Kanyarat Sornkla Waree Kangchai Sahattaya Rattanayarana	163
A Study of Workload, Sufficiency of Manpower and Human Resource Management in District Health Promotion Hospital Krisada Sawaengdee Atiya Sarakshetrin Daravan Rongmuang Runghapa Chantra Suthanan Kunklaka Benjaporn Ratchatarom Wiriyaphokhwang-Just	174
The Model Development of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border Panya Yongying Vichai Teinthavorn Vasuton Tanvatanakul Kasak Tekhanmag Patchana Jaidee Wanasara Chaoniyom	184
The Effect of Health Literacy Development Program and 3E Health Behaviors based on Local Wisdom among Nursing Students in Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health Payao Phongsakchat Sornnate Areesophonpichet Rungrawee Navichareern	199
The Development of Video Lesson on Nasopharyngeal and Oral Suction in Children for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Patcharee Wattanachai Siritorn Yingrengreung	210
Effect of Simulation-Based Learning Model for Nursing Practicum Preparedness for Patients with Congestive Heart Failure on Students' Satisfaction and Self-Confidence in Learning of the Third Year Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Panarut Wisawatapnimit Ubol Suttineam Junjira Kiatseesakul	224

## บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่ได้ทำการเปลี่ยนชื่อจากวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ซึ่งวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558-31 ธันวาคม 2562 เป็นกลุ่มที่สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 2 มีบทความทั้งหมด 20 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 4 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 16 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่มีคุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางการพยาบาล ปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ และการศึกษาทางการพยาบาล มาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านบทความในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสารโดยผู้สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารฯ หัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับใน website <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> และในปี พ.ศ.2562 วารสารได้เข้าสู่การประเมินคุณภาพโดย TCI จะประกาศผลให้ทราบในเดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ

บรรณาธิการ





## บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด  
Nurse's Roles in Neonatal Palliative Careชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี ปร.ด (Chollada Tiyawisutsri, Ph.D)<sup>1</sup>ภาวดี เหมทานนท์ ปร.ด (Pawadee Hamtanon, Ph.D)<sup>2</sup>สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ พย.ม. (Sawitree limkamontip, M.N.S.)<sup>3</sup>

Received: Jun 27, 2018

Revised: Sep 25, 2018

Accepted: Dec 17, 2018

## บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิดเป็นงานหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองในประเทศไทยยังไม่กว้างขวางนัก บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิดและครอบครัวขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การสื่อสารและการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจถึงทางเลือกที่เหมาะสมแก่ครอบครัว การตั้งเป้าหมายการรักษาและการวางแผน การรักษาล่วงหน้า การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายและครอบครัว การประคับประคองครอบครัวด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามวัฒนธรรม การดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวที่สูญเสียทารก รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล, การดูแลแบบประคับประคอง, ทารกแรกเกิด

<sup>1,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

<sup>1</sup>E-mail: tiya\_chon@hotmail.com, <sup>3</sup>E-mail: Kiaalim@hotmail.com

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

E-mail: pawadeehh@hotmail.com

<sup>1,3</sup>Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Thailand

<sup>2</sup>Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Thailand

## Abstract

Neonatal palliative care is an important part of work for nurses working in the neonatal intensive care unit with the goal to enhance quality of life of neonates. Knowledge about neonatal palliative care in Thailand is not extensive. This article aims to present the role of nurses in neonatal palliative care and their families while receiving treatment in the neonatal intensive care unit. The contents consist of communication and information for decision making about the right choices for families, goal setting and advance care plan, nursing care for end-of-life neonates and family, family supports in terms of emotional, psychosocial, and spiritual aspects relevant to culture, bereavement care, as well as healthcare team support.

**Keywords:** nurse's roles, palliative care, neonate

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคำว่า การดูแลเด็กในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (pediatric palliative care) หมายถึง การดูแลรักษาฉบับพลันต่อการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวมในทุกมิติของผู้ป่วยเด็ก ทั้งด้านของการควบคุมอาการ จิตสังคม จิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป รวมทั้งครอบครัวที่เหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์กาย ทุกข์ใจที่เกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือจนถึงเวลาที่ชีวิตดำเนินมาถึงจุดสิ้นสุด<sup>1,2</sup> ซึ่งถือว่าเป็นศาสตร์ที่พยาบาลต้องเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะทารกที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit: NICU) ซึ่งเป็นคนกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการดูแลดังกล่าว ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราการตายทารกแรกเกิด เท่ากับ 6.7 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ และจากการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยนำข้อมูลจากการรายงานสรุปลผลการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2559 และปีงบประมาณ 2560 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq$  28 วัน ค่าเฉลี่ย 12 เขตสุขภาพ ปี 2560 เท่ากับ 3.51 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ลดลงจาก ปี 2559 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.94 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ<sup>3</sup> นอกจากนี้จากสถิติอัตราการความพิการและอัตราการตายของทารกแรกเกิดจะสูงกว่า

ระยะอื่นๆ ของชีวิต อายุยิ่งน้อยโอกาสเสียชีวิตก็ยิ่งมากขึ้น อัตราการตายในช่วงอายุ 28 วันแรกมากกว่าครึ่งหนึ่งของอัตราการเสียชีวิตในช่วงอายุ 1 ปี และส่วนใหญ่ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก จะเสียชีวิตภายในช่วง 7 วัน สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทารกหัวบาตร (ศีรษะบวมน้ำ) ภาวะไม่มีสมอง และไม่มิกะโหลกศีรษะ รวมทั้งโครโมโซมผิดปกติ<sup>4</sup> ผลลัพธ์สำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดคือ การทำให้ทารกรอดชีวิตและเติบโตอย่างมีสุขภาพดี ปัจจุบันการรักษาก้าวหน้าไปมาก สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกได้ตั้งแต่ในครรภ์ และเมื่อคลอดทารกออกมาแล้วก็มีเทคโนโลยีเพื่อช่วยชีวิตและรักษาทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีทารกจำนวนหนึ่งที่ต้องการรักษาด้วยอุปกรณ์เหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับทารก จนในที่สุดทารกมักเสียชีวิตในระยะเวลานั้น หรือทารกบางรายอาจรอดชีวิต แต่มีความพิการที่รุนแรง อันเป็นผลจากการรักษาซึ่งทารกไม่สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ การรักษาเพื่อยืดชีวิตดังกล่าวจึงเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ทั้งทารกและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเป็นแนวทางที่สำคัญสำหรับทารกเหล่านี้ โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกดังกล่าว จาก การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ

ระดับประคองในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ใหญ่และเด็กโตซึ่งส่วนมากป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกล่าวถึงการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคองยังไม่กว้างขวางนัก ประกอบกับพยาบาลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคอง และมักพบปัญหาเรื่องการสื่อสารกับครอบครัวที่ต้องดูแลทารกแรกเกิดแบบประคอง<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าอุปสรรคสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดในระยะสุดท้ายคือทัศนคติเชิงลบของพยาบาล เนื่องจากขาดแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ขาดความรู้ ขาดศักยภาพในการดูแล รวมทั้งนโยบายหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคองในทารกแรกเกิดของหน่วยงานไม่ชัดเจน<sup>5,6</sup> บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคองในทารกแรกเกิดและครอบครัวขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การสื่อสารและการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจถึงทางเลือกที่เหมาะสมแก่ครอบครัว การตั้งเป้าหมายการรักษาและการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายและครอบครัว การประคองครอบครัวด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามวัฒนธรรม การดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวที่สูญเสียทารก รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของทารกต่อไป

## เกณฑ์การพิจารณาว่าทารกวัยใดควรได้รับการรักษาแบบประคอง

British Association of Perinatal Medicine (BAPM) แบ่งทารกที่เข้าข่ายควรได้รับการรักษาแบบประคอง 5 กลุ่มใหญ่<sup>7,8</sup> คือ

1. ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดหรือหลังคลอดว่ามีภาวะที่ไม่สามารถมีชีวิตรอดอยู่นาน แม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ เช่น ความผิดปกติของโครโมโซม คู่ที่ 13, 15, 18, (trisomy 13, 15, 18) ภาวะที่ไม่มีสมองและกระดูกสันหลัง (anencephaly), สภาวะไร้หัวใจแต่กำเนิด (acardia), ความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง (pentalogy of cantrell), ปอดฝ่อทั้งสองข้าง (severe bilateral hypoplastic

lungs), ไตฝ่อทั้งสองข้าง (bilateral renal agenesis), แผลติดกัน (conjoins twins) ที่ผ่าตัดไม่ได้ เป็นต้น

2. ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดหรือหลังคลอดว่ามีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตเช่น ภาวะไตบวม น้ำรุนแรงทั้งสองข้าง (severe bilateral hydronephrosis) ซึ่งมีการทำงานของไตผิดปกติไป หรือทารกอดชีวิตจะมีความพิการที่รุนแรง เช่น สมองส่วนหน้าไม่แยกตัวออกจากกัน (holoprosencephaly), เนื้อสมองบางมีน้ำมาก (hydranencephaly), ไขสันหลังโป่งออกตามช่องโหว่กระดูกสันหลัง (meningomyelocele) ขนาดใหญ่, ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ที่รุนแรงจนเหลือเนื้อสมองน้อยมาก เป็นต้น

3. ทารกที่อายุครรภ์น้อยมากเกินกว่าที่จะสามารถรอดชีวิตได้หรือรอดชีวิตแล้วจะมีความพิการรุนแรง เช่น อายุครรภ์น้อยกว่า 23 สัปดาห์ หรือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 400 กรัม

4. ทารกที่หลังเกิดมีภาวะผิดปกติซึ่งมีโอกาจะเกิดความพิการรุนแรงแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว เช่น โรคสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงรุนแรง (severe hypoxic ischemic encephalopathy)

5. ทารกที่หลังเกิดมีความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความทุกข์ทรมานอย่างมากจากโรคเองหรือจากการรักษา โดยไม่สามารถทำให้ทารกอดชีวิตหรือกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เช่น ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตายรุนแรง (severe necrotizing enterocolitis)

## หลักจริยธรรมในการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย

ประเด็นจริยธรรมเป็นสิ่งที่ต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำหรือสิ่งใดไม่ควรกระทำ สำหรับการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นเรื่องยากที่จะตัดสินใจว่าการรักษาพยาบาลแบบใดดีที่สุด และปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากหลายองค์ประกอบด้วยกัน ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งหลักจริยธรรมที่สำคัญสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<sup>9,10</sup> ประกอบไปด้วย

1. การเคารพเอกลิทธิ (autonomy) คือ การเคารพสิทธิของทารกและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

ซึ่งตามกฎหมายกรณีที่ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี จะกำหนดให้ ผู้ปกครองมีสิทธิการตัดสินใจแทน บุคลากรทางสุขภาพต้อง แสดงให้ครอบครัวทากรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในฐานะที่เป็นมนุษย์เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ

2. การทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ (beneficence) คือ หลักปฏิบัติที่ต้องให้การรักษายาบาล โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของทารกและครอบครัวเป็นหลัก เมื่อไม่สามารถ รักษาให้หายได้ ก็ช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด อาจพิจารณาในการหยุดการรักษา บางอย่างที่ไม่สามารถแก้ไขความผิดปกติของทารกได้ เช่น การให้ยาประคับประคองความดันโลหิต การใส่ท่อช่วยหายใจ

3. การไม่ทำอันตราย (do no harm) คือ การไม่ ให้การรักษายาบาลที่เป็นอันตรายกับทารกและครอบครัว

4. ความยุติธรรมเสมอภาค (justice) คือ การ กระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ

5. การบอกความจริง (veracity or truth-telling) เป็นพื้นฐานในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการ ยอมรับซึ่งกันและกัน ดังนั้นครอบครัวทากรจำเป็นที่จะได้รับ ข้อมูลที่เป็นจริง

6. ความซื่อสัตย์หรือการปกปิดความลับ (fidelity) เป็นการปกปิดความลับของข้อมูลหรือสิ่งที่จะทำให้ทารกเกิด อันตรายหรือครอบครัวเกิดความอับอาย

## บทบาทของพยาบาล

การดูแลทารกที่รอดชีวิตหลังเกิดไม่ว่าจะเป็นรูปแบบ ไต เช่น ทารกที่ได้รับการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ และทารกยังคงมีชีวิตอยู่ หรือทารกที่ได้รับการตัดสินใจจากบิดามารดาและ ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพว่าจะเปลี่ยนการดูแลที่ได้รับแบบเต็มรูปแบบ (intensive care) มาเป็นการรักษาแบบ ประคับประคอง (palliative care) นั้น ระยะเวลาตั้งแต่เข้าสู่ กระบวนการการรักษาระดับประคับประคองจนถึงระยะสุดท้าย ของชีวิตอาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง วัน สัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิด และ ครอบครัวในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทาง ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่

การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยมี เป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการหรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน โดยพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของอาการ และความต้องการของทารกและครอบครัว ซึ่ง Phengjard<sup>11</sup> ได้ระบุบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแล ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ด้านการพยาบาลที่ครอบคลุม ความต้องการแบบองค์รวม ด้านการสนับสนุนและปกป้อง สิทธิของผู้ป่วย ด้านการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ด้านการเตรียมตัวตาย และด้านการดูแลครอบครัวในระยะเศร้า โศกภายหลังการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลตัวเองของพยาบาล ซึ่งสาระส่วนใหญ่เหมาะสำหรับการดูแลผู้ใหญ่ แต่การดูแลแบบ ประคับประคองในทารกแรกเกิด เป็นการดูแลทารกแรกเกิดที่ มีความผิดปกติ หรือเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมี การวางแผนร่วมกันระหว่างครอบครัวกับทีมผู้รักษา ส่งเสริมให้บิดามารดา มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทารกและ มีส่วนร่วมในการดูแลทารกตลอดระยะเวลาที่ทารกมีชีวิตอยู่ บทบาทนี้จึงกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบ ประคับประคองในทารกแรกเกิดที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว ดังนี้

### 1. การสื่อสารและการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ถึงทางเลือกที่เหมาะสมแก่ครอบครัว

การรักษาทารกที่ได้รับการวางแผนดูแลแบบ ประคับประคองเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และต้องอาศัยการ ตัดสินใจร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ บิดามารดาและ ครอบครัว ซึ่งในโรงพยาบาลต่างประเทศ มีแนวทางการดูแล 3 รูปแบบ<sup>12-14</sup> ดังนี้

1.1 การถอนการรักษาที่เป็นการช่วยชีวิต (withdrawal of life-saving treatment) ซึ่งหลักๆ ได้แก่ การถอดเครื่องช่วยหายใจ การหยุดยากระตุ้นความดันโลหิต

1.2 การงดการรักษาเพิ่มเติมจากที่ให้อยู่ (withholding of treatment) โดยเฉพาะการรักษาเฉพาะส่วน เช่น การผ่าตัดที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงผลการรักษา การให้ยา ปฏิชีวนะตัวใหม่ หรือการช่วยยื้อชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การกดหน้าอก การให้ยากระตุ้น หัวใจ

1.3 การให้การรักษาน้อยที่สุด เช่น การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกต่อเนื่อง (continuous positive airway pressure; CPAP) เท่านั้นโดยไม่มีการใช้ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ หรือยากระตุ้นหัวใจหรือยากระตุ้นความดันโลหิตหากทารกมีอาการทรุดลง

เมื่อแพทย์ที่ดูแลทารกลงความเห็นว่าการรักษาจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และเริ่มคำนึงถึงการยับยั้งหรือยุติการรักษาเพื่อชีวิต กระบวนการต่อไปคือการสื่อสารกับครอบครัวของทารกซึ่งแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันในด้านความเข้าใจ ความต้องการ ประกอบกับการไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนกับสถานการณ์ที่ยากต่อการตัดสินใจ ดังนั้นการสื่อสารจึงต้องปรับให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล มีความเฉพาะตัว “SOBPIE”<sup>4,8,14</sup> เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การสื่อสารนั้นเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Situation: สถานการณ์คืออะไร ทารกกำลังจะเสียชีวิตหรือไม่ ควรยุติหรือยับยั้งการรักษาเพียงเพื่อพยุงชีวิตหรือไม่

Opinions and options: ความคิดเห็นและทางเลือก ความโน้มเอียงของบุคลากรทางการแพทย์ กับทางเลือกของผู้ป่วย

Basic human interactions: การแสดงความเห็นใจ วิธีการสื่อสารมีความสำคัญมากกว่าคำที่พูดออกไป การพูดคุยเรื่องที่สร้างความลำบากใจ ควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว งดการรบกวน ไม่มีงานอื่นแทรก ปิดโทรศัพท์หรือเครื่องมือสื่อสาร เรียกชื่อทารกแทนการเรียกชื่อโรคหรือสถานะของโรค รอจนผู้เข้าร่วมสนทนาครบจึงเริ่มการสนทนา แนะนำตนเองและบทบาทในการดูแลทารก และเหตุผลของการพูดคุยอดทนต่อความเงียบ เน้นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น การเกิดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถป้องกันได้

Parents: เรื่องราวในครอบครัว สิ่งที่ครอบครัวกังวล ความต้องการและเป้าหมายของครอบครัว บางคำถามจะช่วยให้ได้ข้อมูลหรือเรื่องราวเพิ่มเติม ยกตัวอย่างเช่น “ตั้งชื่อน้องหรือยังคะ” “ช่วยเล่าเกี่ยวกับน้องหน่อยคะ” “คุณเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ตอนนี้บ้าง” คำตอบที่ได้อาจจะมีความแตกต่างกันในพ่อแม่แต่ละคน แต่จะช่วยให้ทราบว่าจะสื่อสารอย่างไรต่อ

คำถามต่อไปนี้จะช่วยประเมินรูปแบบการตัดสินใจของครอบครัว ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อให้การพูดคุยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น

“มีอะไรที่คุณคิดว่าคุณไม่สามารถจัดการได้หรือคุณกลัว” พ่อแม่บางคนจะนึกไม่ออกว่าจะทำอย่างไร หรืออยู่อย่างไรหากลูกเสียชีวิต หรือต้องเป็นพ่อแม่ของเด็กพิการ

“มีอะไรที่คุณอยากทราบบ้าง” “มีอะไรที่เราจะช่วยให้คุณได้”

“พ่อแม่บางคนต้องการทราบข้อมูลที่เป็นตัวเลขหรือสถิติทั้งหมด บางคนอยากเห็นข้อมูลภาพรวม คุณอยากให้เราให้ข้อมูลแบบไหน”

“พ่อแม่บางคนอยากให้เราบอกข้อมูลทั้งหมดและตัดสินใจเอง บางคนตัดสินใจร่วมกับหมอ ในขณะที่บางคนขอให้หมอแนะนำ สำหรับคุณต้องการแบบไหน”

Information: การประชุมหารืออย่างเป็นทางการกับครอบครัว การให้ข้อมูลที่ครอบครัวต้องการอย่างเป็นทางการครอบคลุมเรื่องจริยธรรม มั่นใจว่าพ่อแม่รับทราบและเข้าใจพยากรณ์โรค ความเสี่ยง แนวทางและทางเลือกในการดูแลก่อนที่จะตัดสินใจ

Emotions: การเคารพการตัดสินใจ รวมทั้งอารมณ์ การรับมือหรือการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน การปรับตัวและความยืดหยุ่นของครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีคำที่พ่อแม่รู้สึกว่าการร้ายจิตใจและคุกคาม และซึ่งควรหลีกเลี่ยงในการพูดคุย<sup>8,15</sup> ยกตัวอย่างเช่น “เราทำทุกอย่างแล้ว” “เราไม่สามารถทำอะไรมากกว่านี้” “ไม่มีความหวัง” “ร้ายแรงถึงตาย” “ไม่สามารถจะมีชีวิตอยู่ได้” “ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา” “เป็นฝัก” “การมีชีวิตอยู่จะส่งผลเสีย (ต่อคุณ ลูกของคุณ งาน การเงินและชีวิตของคุณ)” “คุณยังสามารถมีลูกคนใหม่ได้อีก”

## 2. การตั้งเป้าหมายการรักษาและการวางแผนการรักษาล่วงหน้า

การตั้งเป้าหมายการรักษาและการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (goal setting and advance care plan) ควรใช้หลักจริยธรรมช่วยในการตัดสินใจ (ethical decision-making) เนื่องจากการตายของทารกแรกเกิดเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ยอมรับได้ยาก จึงเกิดคำถามมากมายในการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย เช่น ทีมผู้รักษาได้ใช้ความพยายามเต็มที่หรือยัง

มีวิธีการอื่นๆ อีกหรือไม่ที่จะสามารถรักษาชีวิตไว้ได้ เมื่อไรหรือใครจะเป็นผู้บอกการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว ใครคือผู้ตัดสินใจว่าควรให้การรักษาอย่างไรเมื่อไรจึงจะเปลี่ยนแนวทางการรักษาจากปกติเป็นการรักษาแบบประคับประคองหรือการรักษาในระยะสุดท้าย (palliative care or end-of-life care) เป็นต้น<sup>9</sup> ทีมผู้รักษาและครอบครัวต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบาก และยากที่จะบอกได้ว่าอะไรจะดีที่สุดสำหรับทารก (ethical dilemmas) ต้องใช้ความเห็นของทีมสหวิชาชีพ หรือปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในการช่วยตัดสินใจกรณีที่ซับซ้อน ดังนั้นการตัดสินใจในกรณีต่างๆ จึงต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดในการที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกเป็นหลัก ร่วมกับการทำความเข้าใจ และเคารพในความคิดเจตคติหรือค่านิยมของครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ทีมผู้รักษาควรให้การดูแลทารกแบบองค์รวมตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อช่วยให้ทารกและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยให้ทีมผู้รักษาและครอบครัวสามารถร่วมกันคิดและตัดสินใจวางแผนในการรักษาที่เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป้าหมายของการดูแลทารกแรกเกิดระยะสุดท้าย นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการพยายามรักษาโรคให้หายเป็นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ทารกและครอบครัวแล้วควรมีการวางแผนร่วมกับครอบครัวในประเด็นต่างๆ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมดังนี้<sup>10,12,16</sup>

2.1 แผนการรักษาที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ทารกสามารถมีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสุขสบายและมีความหมายหลีกเลี่ยงการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตทารกออกไป และช่วยให้ทารกตายจากไปอย่างสงบตามความต้องการของครอบครัว

2.2 แผนงดเว้นการรักษาที่ทารกยังไม่ได้รับและแผนหยุดการรักษาที่ทารกได้รับอยู่ซึ่งไม่เกิดประโยชน์กับทารกแต่เป็นการยื้อชีวิตออกไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น (withholding and withdrawal life-sustaining treatment) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

2.3 แผนงดการช่วยฟื้นคืนชีพ (do not resuscitate

or DNR) หรือการช่วยให้ทารกตายตามธรรมชาติ

2.4 การเลือกสถานที่ดูแลทารกในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น บ้าน โรงพยาบาล รวมถึงความปรารถนาหรือกิจกรรมที่ครอบครัวต้องการทำก่อนลาจากกัน

2.5 ความต้องการในการจัดการกับร่างกายทารกหลังเสียชีวิตโดยคำนึงถึงความเชื่อตามหลักศาสนาของแต่ละครอบครัว เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ฉีดยาพอร์มาลินรูปแบบการจัดงานศพ ฯลฯ

2.6 การเก็บของเพื่อเป็นที่ระลึกถึงทารกที่เสียชีวิต เช่น ภาพถ่าย ผม เล็บ ภาพรอยพิมพ์ฝ่ามือ-ฝ่าเท้าของทารก ฯลฯ

### 3. การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายและครอบครัว

ทารกแรกเกิดระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด รวมทั้งช่วยให้ทารกและครอบครัวสามารถผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสุข มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน<sup>17,18</sup> ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย เป็นการพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นต้น การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

3.1.1 การจัดการความเจ็บปวด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดและเสนอแนะวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งการประเมินความเจ็บปวดอาจประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การเพิ่มของอัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ รูม่านตาขยายหรือ ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง เช่น การเกร็งของกล้ามเนื้อ แขนขา การขมวดคิ้ว ในกรณีทารกแรกเกิดเครื่องมือที่พยาบาลควรใช้ คือ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)<sup>19</sup> รายละเอียดแสดงดังตาราง 1 ซึ่งเครื่องมือประเมินความปวดดังกล่าวได้รับการศึกษาถึงความน่าเชื่อถือในการประเมินความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เท่านั้น

ตารางที่ 1 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

ตัวชี้วัด	0	1	2
สีหน้า	เฉยๆ สบาย	แสบๆ ปากเบะ จมูกย่น คิ้วย่น ปิดตาแน่น	
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ร้องคราง	กรีดร้อง
การหายใจ	หายใจสม่ำเสมอ	หายใจเร็วขึ้นหรือช้าลง หรือกลั้นหายใจ	
แขน	วางสบายๆ	งอ	
ขา	วางสบายๆ	งอ/เหยียด	
ระดับการตื่น	หลับ/ตื่น	กระสับกระส่าย วุ่นวาย	

หมายเหตุ: การแปลผลหากคะแนนมากกว่า 4 ถือว่ามีความปวดต้องการการรักษา<sup>20</sup>

เมื่อพยาบาลประเมินความเจ็บปวดแล้วพบว่า ความรุนแรงของความเจ็บปวดไม่ได้บรรเทาลง พยาบาลควรรายงานแพทย์ เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป บางครั้งอาจจำเป็นต้องให้ยาเร็วกว่าที่กำหนด เช่น ให้ยาแก้ปวดทุก 3 ชั่วโมง แทนที่จะเป็นทุก 4 ชั่วโมง ยาแก้ปวดที่ใช้ในทารก ได้แก่ ยาในกลุ่มที่ไม่มีส่วนผลของโอปิออยด์ (non-opioid) เช่น พาราเซตามอล (paracetamol) ไอบูโพรเฟน (ibuprofen) ยาในกลุ่มที่มีส่วนผลของโอปิออยด์ (opioids) เช่น มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl)<sup>10</sup> ซึ่งการให้ยาในกลุ่ม opioids นั้น พยาบาลอาจมีความกังวลว่าทารกอาจจะติดยาได้ แต่ตามพยาธิสรีรภาพแล้ว การที่ทารกได้รับยาแก้ปวดเป็นระยะเวลานานๆ ทารกจะมีความคงทนต่อฤทธิ์ยาเพิ่มขึ้น ทำให้ทารกต้องการยาในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อควบคุมอาการปวด ซึ่งแตกต่างจากการติดยาที่หมายถึงความต้องการพึ่งยาทางด้านจิตใจ

ส่วนการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดและดูแลความสุขสบายของทารก โดยไม่ใช้ยาแก้ปวด<sup>20,21</sup> ได้แก่ 1) การจัดทำที่เหมาะสม โดยให้ทารกนอนตะแคง แขนและขาของเข้าหากึ่งกลางลำตัว จะทำให้ทารกสงบ ผ่อนคลาย และมีกรตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง 2) การกระตุ้นสัมผัสที่ผิวหนัง เนื่องจากในทารกโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดมีการพัฒนาของระบบประสาทรับความรู้สึกทางผิวหนังและเส้นทางเดินประสาทมากกว่าระบบรับความรู้สึกอื่นๆ 3) การห่อตัว เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของทารกส่งผลให้ช่วยลดกระแสประสาทจากสิ่งกระตุ้น ทำให้ทารกเข้าสู่ภาวะสงบและหลับ เป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ

ทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ค่าอิมมิตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้น การแสดงออกของใบหน้าลดลง นอกจากการห่อตัวทารกแล้ว หากไม่มีข้อจำกัดควรให้ครอบครัวได้ทำแกงการู (Kangaroo care) ตามความเหมาะสมจะช่วยให้ทารกได้ผ่อนคลายมากขึ้น 4) การให้สารละลายซูโครส ทางปากจำนวนเล็กน้อยจะช่วยลดอาการปวดจากการทำหัตถการได้ เนื่องจากซูโครสจะส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อกลางภายในโอปิออยด์ แต่การให้น้ำตาลซูโครสทางปากถึงแม้จะมีความปลอดภัย แต่มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดได้เล็กน้อยจากการทำหัตถการเพียงครั้งเดียว เช่น การเจาะบริเวณด้านข้างของสันเท้า การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การเจาะเลือด เป็นต้น 5) การให้ทารกดูดจุกนมปลอม เป็นการช่วยให้ทารกเพลินกับการดูด ส่งผลให้หลังสารเอนดอร์ฟิน รับรู้การปวดลดลง 6) การดูดเต้านมมารดา เป็นวิธีให้ทารกสามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความปวดได้ ทำให้ค่าความอิมมิตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง ค่าคะแนนความปวดลดลง 7) การลดสิ่งเร้าต่างๆ เช่น แสง เสียง การเปลี่ยนท่าทารกแบบทันทีทันใด ลดการรบกวนทารกให้น้อยที่สุดขณะที่ไม่มีหัตถการ เป็นการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของทารกได้

3.1.2 การให้สารอาหารและน้ำ<sup>12</sup> มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือไม่ทำให้ทารกเกิดความทรมานจากการหิว โดยไม่มุ่งหวังเรื่องโภชนาการ วิธีการให้ที่เหมาะสมที่สุดคือการให้ดูดนมมารดาจากเต้านมที่ตนเองสามารถดูดได้ด้วยตัวเอง ในกรณีนี้พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือมารดาในด้านจิตใจที่จะต้องทำใจ

ยอมรับได้กับความรู้สึกขัดแย้งในใจที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ทารกไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกที่มีความพิการทางสมอง หรือทารกที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง พยาบาลควรเลือกวิธีการให้สารน้ำสารอาหารที่ไม่ทำให้ทารกเจ็บปวดทรมานจนเกินไป ได้แก่ การใส่สายสวนหลอดอาหาร (oro/nasogastric tube) หรือให้สารน้ำทางสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ที่สะดือในรายที่ได้รับการใส่ตั้งแต่แรกเกิดก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาระดับประคับประคอง หากไม่จำเป็นไม่ควรพยายามเปิดเส้นเลือดดำที่ผิวหนังบ่อยๆ โดยเฉพาะในรายที่หาเส้นเลือดค่อนข้างยาก การให้นมทางสายสวนหลอดอาหารแพทย์จะพิจารณาปริมาณการให้ที่เหมาะสม โดยอาจประเมินจากปฏิกิริยาความต้องการของทารก ซึ่งการให้ทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งจะปลอดภัยกว่า และไม่ทำให้ทารกมีอาการท้องอืด อาเจียน สำลัก ตามมา เนื่องจากในระยะสุดท้ายของชีวิตการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง การย่อยและการดูดซึมลดลง ทำให้ทารกมีอาการท้องอืด และอาจพบภาวะไหลย้อนกลับ (Gastro-esophageal reflux) ซึ่งปกติหลังให้นมทารกอาจมีการย้อนนมปริมาณเล็กน้อยได้ ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ภาวะไหลย้อนกลับ พบได้บ่อยในทารกโดยเฉพาะทารกที่มีความผิดปกติของระบบประสาท พยาบาลควรให้การดูแลโดยจัดท่านอนศีรษะสูงขึ้นเล็กน้อยขณะให้นม และจัดท่านอนตะแคงซ้าย ให้นมผ่านทางสายยางอย่างช้าๆ ตามแรงโน้มถ่วงของโลกไม่ใช่แรงดัน<sup>10</sup> ส่วนในรายที่คาดว่าทารกจะมีชีวิตรอดเป็นระยะเวลายาวนาน โดยเฉพาะรายที่สามารถให้กลับไปอยู่กับบิดามารดาและครอบครัวได้ แพทย์อาจพิจารณาการทำ gastrostomy (ใส่สายสวนในกระเพาะอาหาร) หรือ jejunostomy (ใส่สายสวนในลำไส้เล็ก) เพื่อความสะดวกในการดูแล<sup>20,21</sup>

3.1.3 การดูแลด้านการหายใจ ทารกในระยะสุดท้ายอาจมีอาการหายใจแบบใกล้สิ้นใจ (air hunger) หรือหายใจไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่บิดามารดามากขึ้น พยาบาลอาจช่วยเหลือโดยการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และจัดท่าศีรษะสูงเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น<sup>10</sup>

3.1.4 การดูแลการขับถ่าย ทารกอาจมีอาการท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง การได้รับนมและน้ำน้อย หรือได้รับยาาระงับความเจ็บปวดซึ่งมีผลข้างเคียง

ต่อระบบทางเดินอาหาร ทารกที่ท้องผูกจะอึดอัดมาก อาจใช้สวนปลายของแท่งกลีเซอรินเหน็บทวารหนักเพื่อช่วยให้ทารกถ่ายออกมา<sup>10</sup>

3.1.5 การดูแลผิวหนัง ทารกที่นอนนานๆ และมีการเคลื่อนไหวลดลง อาจเกิดการกดทับบริเวณหนึ่งนานๆ ประกอบกับมีภาวะโภชนาการต่ำ ผิวหนังแตกได้ง่าย และผิวหนังเปื่อยขึ้นจากการถ่ายปัสสาวะบ่อย ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย พยาบาลควรดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาดและพลิกตะแคงตัวให้ทารกอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง<sup>10</sup>

3.1.6 การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น สงบเงียบ และสะดวกสบาย เพื่อเป็นส่วนตัวของทารกและครอบครัว ซึ่งอาจเป็นมุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย ครอบครัวอาจต้องการสถานที่สำหรับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ หรือการทำสมาธิสวดมนต์<sup>10</sup>

3.2 ด้านจิตใจ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความสุขทางใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวลของครอบครัว พยาบาลควรให้การดูแลให้สอดคล้องกับปฏิกิริยาตามระยะของความโศกเศร้า และความต้องการของครอบครัว นอกจากนี้บางครั้งบิดาหรือมารดาอาจกล่าวโทษอีกฝ่ายหนึ่งว่า เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของทารก พยาบาลมีส่วนช่วยให้ครอบครัวปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น พยาบาลอาจสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ หรือผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว เช่น กลุ่มช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อบิดามารดาได้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์และความรู้สึก

3.3 ด้านสังคม ควรให้ทารกได้อยู่ในบรรยากาศที่แวดล้อมด้วยคนใกล้ชิด ถ้าเป็นไปได้ ทีมการดูแลรักษาควรเป็นทีมเดิม เพื่อไม่ให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคย นอกจากนี้ครอบครัวควรได้รับสิทธิ์สามารถเข้าเยี่ยมหรืออยู่กับทารกได้ตลอดเวลา<sup>10,11</sup>

3.4 ด้านจิตวิญญาณ การตอบสนองต่อความเชื่อและศาสนา การดูแลผู้ป่วยทารกและครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อความเชื่อและศาสนานั้น พยาบาลควรประเมินว่าครอบครัวมีความปรารถนาหรือความต้องการที่จะทำสิ่งใดบ้างในระยะสุดท้ายของชีวิตของทารก อันจะเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือเป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ<sup>10,11</sup>



เนื่องจากแต่ละศาสนาและวัฒนธรรมมีพิธีกรรมหรือวิธีการดูแล ทารกที่ใกล้ตายต่างกัน บางครอบครัวอาจต้องการให้ทารกได้พบกับบาทหลวงหรือผู้นำทางศาสนา พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อให้บรรล่วัตถุประสงค์ดังกล่าว

#### 4. การประคับประคองครอบครัวด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามวัฒนธรรม

พยาบาลควรรับฟังและประเมินผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อทารกและครอบครัวเป็นระยะรวมถึงการประเมินว่าครอบครัวมีความปรารถนาหรือความต้องการที่จะทำอะไรบ้าง ในระยะสุดท้ายของชีวิตของทารก อันจะเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือเป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ<sup>8,10</sup> นอกจากนี้ ควรมีการพูดคุยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คำปรึกษา และช่วยประคับประคองอารมณ์จิตใจของครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกให้มากที่สุด ไม่ควรจำกัดเวลาหรือจำนวนคนที่ขอเข้าเยี่ยมอย่างเข้มงวดตามกฎของโรงพยาบาล แต่ควรยืดหยุ่นให้ความสะดวกแก่ครอบครัวเพื่อช่วยให้ทารกได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รักในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว อนุญาตให้ อุ้ม กอด ซึ่งจะลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของครอบครัว ทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสแสดงความรักต่อทารก ได้พูดคุย ขอโทษ และกล่าวคำอำลาในบรรยากาศที่สงบท่ามกลางคนที่รัก ได้ปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ มองความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต เพื่อช่วยให้ทารกจากไปด้วยจิตใจที่เป็นกุศลหรือสงบสุขที่สุด<sup>10</sup> พยาบาลควรมีความรู้และเข้าใจถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์จิตใจของครอบครัวที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสียและความตาย (loss and grief) และตอบสนองด้วยความเมตตาโดยการช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถเผชิญกับการสูญเสีย และความตายอย่างมีสติเข้าใจถึงความหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และการตายดีในบริบทของครอบครัว<sup>22-24</sup>

#### 5. การดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวที่สูญเสียทารก (bereavement care)<sup>22,23</sup>

ความเศร้าโศกของครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังจากทารกเสียชีวิตอาจเกิดขึ้นได้มากและยาวนานกว่าการสูญเสียทั่วไป เนื่องจากการตายของทารกเป็นการตายที่ไม่เป็นไปตามลำดับทางธรรมชาติ ครอบครัวได้เห็นและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของทารกก่อนเสียชีวิต โดยที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือปกป้องทารกได้ตามบทบาทที่ตนเองควรจะเป็นในฐานะพ่อแม่ทำให้

รู้สึกผิดสูญเสียความสามารถหรืออัตลักษณ์ความเป็นพ่อแม่ (parental identity) ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจแก่ครอบครัวที่เผชิญกับความสูญเสียจึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนทารกจะเสียชีวิตจนถึงระยะหลังจากทารกเสียชีวิตแล้วโดยคำนึงถึงความต้องการ ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวเป็นหลักสำคัญ ในกรณีทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การดูแลแบบประคับประคองครอบครัวที่เผชิญความเจ็บป่วยและสูญเสีย อาจพบลักษณะของความซับซ้อนและการขัดแย้งทางอารมณ์ โดยเฉพาะหากเป็นครรภ์แฝดที่มารดาสูญเสียทารกคนหนึ่ง แต่มีทารกอีกคนหนึ่งรอดชีวิต ประกอบกับมารดามีสภาพการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจจากการคลอด ความเหนื่อยล้าจากการดูแลตนเองหลังคลอด รวมถึงการบีบเก็บน้ำนมเพื่อดูแลทารกที่ป่วย มารดาจึงควรได้รับการดูแลหลังคลอด ดูแลเต้านมและน้ำนมภายหลังทารกเสียชีวิต พยาบาลควรอธิบายให้บิดามารดาและครอบครัวที่มีทารกที่ป่วยและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ตระหนักล่วงหน้าว่าหากทารกมีอาการทรุดลงหรือใกล้จะเสียชีวิต บิดามารดาและครอบครัวจะได้รับการแจ้งเตือนให้ทราบ ควรถามความสมัครใจของบิดามารดาที่จะมาอยู่กับทารกในเวลาที่ทารกใกล้เสียชีวิต บางโรงพยาบาลมีระบบการเยี่ยมได้เฉพาะตามเวลา ซึ่งควรยืดหยุ่นให้บิดามารดาและครอบครัวได้มีโอกาสอยู่กับทารกได้ตามที่ต้องการ โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สอบถามความต้องการของบิดามารดาถึงเสื้อผ้าที่ต้องการแต่งตัวให้ทารกหลังเสียชีวิต ความต้องการของที่ระลึกเพื่อเตือนความทรงจำของบิดามารดาและครอบครัวให้รำลึกถึงทารก เช่น ภาพจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงของทารกในครรภ์ (ultrasonography) ภาพถ่าย ปอยผม ขี้สละคือ การประคบรอยฝ่ามือและฝ่าเท้า ป้ายชื่อที่ติดข้อมือทารกหรือติดที่ตู้บ่อน้ำที่ทารกเคยอยู่ เสื้อผ้าหมวกที่ทารกเคยสวม ให้จัดพิธีกรรมตามความเชื่อของบิดามารดาและครอบครัว อธิบายขั้นตอนการแจ้งเกิดและแจ้งตาย เพื่อออกหนังสือรับรองทางราชการแก่บิดามารดาและครอบครัว ให้ดำเนินการได้อย่างสะดวกและถูกต้อง รวมถึงการนัดติดตามบิดามารดาและครอบครัวหากมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญภายหลังทารกเสียชีวิต ควรมีการนัดติดตามบิดามารดาและครอบครัวภายในระยะเวลา 2 เดือนหลังจากการ

เสียชีวิตของทารกเพื่อประคับประคองบิดามารดาและครอบครัวหลังการสูญเสียรวมทั้ง ปิดโอกาสและรับฟังบิดามารดาและครอบครัวสะท้อนข้อมูลกระบวนการทำงานของทีมในการดูแลทารกก่อนเสียชีวิตจากมุมมองของบิดามารดาและครอบครัว<sup>12</sup>

## 6. การให้ความช่วยเหลือแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์<sup>22</sup>

การให้ความช่วยเหลือแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในด้านการทำงาน การแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ รวมถึงการดูแลจิตใจของทีมงาน เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียด ความท้าทายและความกดดันในรูปแบบต่างๆ อย่างมาก ทีมผู้รักษาเองอาจจะเกิดความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล บางคนอาจจะถอยหนีหรือหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปดูแลทารกหรือครอบครัว บางครั้งอาจมีอาการงอแงตอบโต้ออกไปหรือรู้สึกเฉยชา ไม่สามารถแสดงความรู้สึกเห็นใจได้ บางคนอาจรู้สึกผิดหวังหรือล้มเหลวรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถที่ไม่สามารถช่วยเหลือทารกได้ ทำให้รู้สึกผิดหรือโกรธตนเอง บางคนอาจเกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจมาก เนื่องจากผูกพันกับทารกและครอบครัวมาก หรือการตายของทารกอาจไปกระตุ้นประสบการณ์ส่วนตัวในอดีตของผู้รักษาเอง ทีมผู้รักษาจึงควรดูแลตนเองด้วย

การเฝ้าระวังและทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ทีมผู้รักษาควรมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกประสบการณ์จากการทำงาน และช่วยประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

## สรุป

การดูแลทารกแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือทารกและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทารกและครอบครัวคลายความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ก่อนเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและตายอย่างสงบ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมความเชื่อทางศาสนา หรือความต้องการของแต่ละครอบครัวเป็นสำคัญ การเรียนรู้และพัฒนาตนเองของพยาบาลในการดูแลทารกแบบประคับประคองนอกจากจะช่วยเสริมสร้างมาตรฐานหรือคุณภาพในการรักษาพยาบาลแล้วยังช่วยพัฒนาตัวตนหรือจิตวิญญาณของพยาบาลอันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวพยาบาลและทารกรายอื่นๆ ต่อไปด้วย

## References

1. WHO. (2015). WHO Definition of Palliative Care for Children [cited 2019 July 12]. Available from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Piyasen W, Ningsanon W editors. Pediatric Palliative Care. Bangkok: Pentagon advertising; 2558. (in Thai).
3. Annual Report 2017 Department of Medical Services, Ministry of Public Health [cited 2019 July 10]. Available from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/publish/publish31052018020553.pdf>.
4. Ahern K. What Neonatal Intensive Care Nurses Need to Know about Neonatal Palliative Care. *Advances in Neonatal Care* 2013;13(2):108-14.
5. Forouzi MA, Banazadeh M, Ahmadi JS, Razban F. Barrier of Palliative Care in Neonatal Intensive Care Unit: Attitude of Neonatal Nurses in Southeast Iran. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2016;34(3)1-7.

6. Kain V, Gardner G, Yates P. Neonatal palliative care attitude scale: Development of an instrument to measure the barriers to and facilitators of palliative care in neonatal nursing. *Pediatrics* 2009; 123(2):e207-13.
7. British Association of Perinatal Medicine (BAPM). Palliative Care (Supportive and End of Life Care): A framework for clinical practice in perinatal medicine. Working group report; August 2010. (cited 2019 April 7). Available from [http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/Palliative\\_Care\\_Report\\_final\\_%20Aug10.pdf](http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/Palliative_Care_Report_final_%20Aug10.pdf).
8. Inthap N. Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment In: Punanhitanon S, Ngercham S, Limrungsikul A, editors. *Highlight in Neonatal Problems*. Bangkok: Active Print; 2561. p.316-333. (in Thai).
9. Veerakul G, Boonyaparakob V. Ethic Issues in PCC. In: Piyasen W, Ningsanon W editors. *Pediatric Palliative Care*. Bangkok: Pentagon advertising; 2558. p. 39-47. (in Thai).
10. Veerakul G, Sosothikul D (Editor). *Basic Symptom Control in Pediatric Palliative Care*. Nakhon Pathom: salapimpakarn; 2016. (in Thai).
11. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2014;30(1):100-9.
12. Wongsirdej P, Tantiprapa W, Chirapradittha C. Perinatal & Neonatal Palliative Care In: Piyasen W, Ningsanon W editors. *Pediatric Palliative Care*. Bangkok: Pentagon advertising; 2558. p.157-167. (in Thai).
13. Warrick C, Perera L, Murdoch E, Nicholl, RM. Guidance for withdrawal and withholding of intensive care as part of neonatal end-of-life care. *British Medical Bulletin* 2011;98:99-113.
14. Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. *Seminars in Perinatology* 2014; 38:38-46.
15. Janvier A, Farlow B, Wilfond BS. The experience of families with children with trisomy 13 and 18 in social networks. *Pediatrics*. 2012.
16. Larcher V. Ethical considerations in neonatal end-of-life care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2013;18:105-110.
17. Quinn M. Evidence for implement strategies to provide palliative care in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care* 2016;16(6):430-438.
18. Ka FaiNg S, Keenan N, Swart S, Berry M J. Palliative care in a tertiary neonatal intensive care unit: A 10-year review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2018;1-5.
19. Downing J, Jassal, SS, Mathews, L, Brits H, Friedrichsdorf SJ. Pediatric pain management in palliative care. *Pain Management* 2015;5(1):23-35.

20. Department of Medical Services. Guidelines for Palliative Care. Bangkok: Ministry of Public Health; 2557. (in Thai).
21. Nursing Division Phramongkutkloao Hospital. Work Instruction. 14 September 2561[cited 2019 August 7]. Available from <http://www.nurse.pmk.ac.th/index.php/2012-06-27-03-08-35>. (in Thai).
22. Tarugsa J. End of Life Care in Pediatrics. In: Piyasen W, Ningsanon W editors. Pediatric Palliative Care. Bangkok: Pentagon advertising; 2558. p.197-204. (in Thai).
23. Pattanaruenglai, A (Editor). List disease of Palliative care and Functional unit. Bangkok; Art-qualified: 2559.
24. Gold, KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007;27(4):230-7.

## บทความวิชาการ

การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด  
Learning Development through Reflectionรัตติกกร เหมือนนาดอน ปร.ด. (Rattikorn Mueannadon, Ph.D.)<sup>1</sup>ยุพารณณ์ ตรีไพรวงศ์ ปร.ด. (Yupaporn Tirapaiwong, Ph.D.)<sup>2</sup>เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล สด. (Jeamjai Srichairattanakull, Dr.PH.)<sup>3</sup>สันติ ยุทธยง พย.ม. (Santi Yutthayong, M.N.S.)<sup>4</sup>

Received: Dec 3, 2018  
Revised: Jan 30, 2019  
Accepted: Mar 18, 2019

## บทคัดย่อ

การสะท้อนคิดเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่มีความสำคัญทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลทั่วโลก การสะท้อนคิดทำให้นักศึกษาได้ทบทวนตนเองทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ รวมทั้งประเมินศักยภาพตนเอง ค้นหาวิธีการพัฒนาตนเองและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์และการวิเคราะห์ตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ก่อให้เกิดความรู้ที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความฉบับนี้เพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสะท้อนคิดและแนวทางการนำการสะท้อนคิดไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เริ่มต้นเรียนรู้ผ่านการบันทึกการสะท้อนคิด และสำหรับผู้สอนที่ต้องการพัฒนาการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด ภายในบทความนี้จะนำเสนอความหมายของการสะท้อนคิด รูปแบบของการสะท้อนคิด ประเด็นที่สะท้อนคิด รูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs พร้อมตัวอย่างบันทึกสะท้อนคิดและการวิเคราะห์ การประเมินผลการสะท้อนคิด และข้อเสนอแนะในการนำการสะท้อนคิดไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้

**คำสำคัญ:** การสะท้อนคิด, การเรียนรู้, การพัฒนาการเรียนรู้

<sup>1,2,4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

<sup>1</sup>Email: noko24psy@hotmail.com, <sup>2</sup>Email: yongsing@gmail.com, <sup>4</sup>Email: santi.yutt@hotmail.com

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: Jeamjai.s@bcn.ac.th

<sup>1,2,4</sup> Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Udonthani, Thailand

<sup>3</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

## Abstract

Reflection is a vital teaching strategy applied both in theory and practice for the global schools of nursing. It provides the nursing students to evaluate themselves and critically review on their thoughts, feelings and actions through their experiences with the aims of developing the personal growth and the nursing skills. As a result, the nursing students expand the new knowledge that helps them to make more effective decision on their current and future clinical practices.

This article aims to demonstrate the basic concepts of reflection and the guideline for both nursing educators and nursing students who start engaging in reflective learning. The article concludes by illustrating the meaning of reflection, types of reflection, what to reflect on, using Gibbs' Model of reflection in nursing practice including the example reflective essay, the reflection of assessment guide and suggestions for learning development through reflection.

**Keywords:** reflection, learning, learning development

## บทนำ

สังคมในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ สามารถสืบค้นได้ง่าย ทำให้ผู้เรียนในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องมีทักษะในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการคิดแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> ดังนั้น การจัดการศึกษาในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะที่ตอบสนองกับความต้องการของสังคมได้ โดยเน้นการพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการคิดขั้นสูง (Higher-order thinking skills)<sup>2</sup> สามารถพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ และประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนในสถานการณ์จริงได้ การจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนาผู้เรียนโดยเฉพาะในด้านทักษะทางปัญญาโดยมีการเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์จริงของผู้เรียนเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมการคิดทั้งในรูปแบบที่เป็นนามธรรม และรูปธรรม และการส่งเสริมการประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้เรียนเข้าใจความคิดและวิธีการเรียนรู้

ของตนเอง มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพิ่มโอกาสในการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และหลีกเลี่ยงการทำผิดพลาดในการเรียนรู้และการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง<sup>3</sup>

วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความฉบับนี้เพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสะท้อนคิดและแนวทางการนำการสะท้อนคิดไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เริ่มต้นเรียนรู้ผ่านการบันทึกการสะท้อนคิด สำหรับผู้สอนที่ต้องการพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกการคิดใคร่ครวญและเชื่อมโยงประสบการณ์ของตนเองกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองใหม่ที่แตกต่างและมีความหมาย นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนวิธีการคิด ทศนคติ และสามารถตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ภายใบบทความนี้จะนำเสนอความหมายของการสะท้อนคิด รูปแบบของการสะท้อนคิด ประเด็นที่สะท้อนคิด โมเดลการสะท้อนคิดของ Gibbs พร้อมตัวอย่างและการวิเคราะห์ และการประเมินผลการสะท้อนคิด ผู้เขียนเรียบเรียงบทความนี้ขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารงานวิจัยการสะท้อนคิดและประสบการณ์ตรงจาก

การนำแนวคิดการสะท้อนคิดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียน การสอนกับนักศึกษาพยาบาล

## การสะท้อนคิดคืออะไร

John Dewey<sup>4</sup> เป็นผู้ริเริ่มวางแนวคิดการสะท้อนคิด เป็นครั้งแรก ในหนังสือชื่อ “How we think” โดยได้ให้ความหมายไว้ว่าการสะท้อนคิดเป็นการคิดพิจารณาและไตร่ตรอง อย่างรอบคอบเกี่ยวกับความเชื่อหรือความรู้บนพื้นฐานของ สิ่งที่สนับสนุนการคิดนั้น รวมถึงการคิดการแก้ปัญหาอย่าง เหมาะสม Dewey แบ่งการสะท้อนคิดเป็น 5 ระยะเวลา 1) การระบุ ปัญหา 2) การระบุความสำคัญของปัญหา 3) การตั้งสมมติฐาน 4) การให้เหตุผลของการตั้งสมมติฐาน และ 5) การทดสอบ สมมติฐาน

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายการสะท้อนคิดในมุมมองที่หลากหลายขึ้น ได้แก่ Gibbs<sup>5</sup> Horton-Deutsch และ Sherwood<sup>6</sup> กล่าวว่า การสะท้อนคิดเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ ที่พัฒนาความสามารถของผู้เรียนในการทำความเข้าใจ แยกแยะและอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ ผู้เรียนสามารถที่จะปรับมุมมองของตนเอง การสะท้อนคิด จำเป็นที่ผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในเหตุการณ์หรือมีประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในกิจกรรม การพยาบาล เพื่อการวางแผนสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ในอนาคต นอกจากนี้ Armstrong et al<sup>7</sup> ยังได้อธิบายเกี่ยวกับ การสะท้อนคิดว่าเป็นการประเมินและการวิเคราะห์เชิงบูรณาการ ระหว่างประสบการณ์ของผู้เรียนที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลให้ผู้เรียนเกิดความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิด แก้ไขปัญหา และความพึงพอใจในบทบาทของตนเอง

การสะท้อนคิดเป็นวิธีที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาล ค้นหาความหมายหรือความสำคัญจากงานที่ปฏิบัติ ส่งเสริมให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้รับบริการ ผู้ตระหนักเกี่ยวกับ สัมพันธภาพที่มีต่อผู้รับบริการและครอบครัว รวมทั้งยังก่อให้เกิดความรื่นรมย์หรือตระหนักเห็นคุณค่าในการดูแลผู้รับบริการ โดยผ่านการพิจารณาใคร่ครวญซ้ำๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ ของผู้เรียนและการประเมินค่า เพื่อเป็นการตรวจสอบสิ่งที่มี ความสำคัญ ทบทวน และตีความหมายเกี่ยวกับตนเอง

ของผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งกระบวนการสะท้อนคิดนี้ เป็นกระบวนการที่เป็นวงจรไม่มีที่สิ้นสุด<sup>8</sup>

กล่าวโดยสรุป การสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่ ผู้เรียนมีการทบทวนไตร่ตรองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และการกระทำของตนเองจากสถานการณ์ที่ตนเอง เข้าไปมีส่วนร่วมจากมุมมองที่หลากหลาย การหาเหตุผลมา สนับสนุน ก่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นและ รู้ตระหนักในความหมายการกระทำของตนเองและคุณค่า ในประสบการณ์ที่เรียนรู้มากขึ้น นำไปสู่การวางแผนการพัฒนา ตนเองในอนาคตและวิชาชีพทางการพยาบาลต่อไป

## ประเภทของการสะท้อนคิด

ถึงแม้จะมีนักวิชาการหลายท่านได้จัดประเภท การสะท้อนคิดที่แตกต่างกัน แต่ในบทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอ การสะท้อนคิดเป็น 4 ประเภท<sup>6,9,10</sup> เนื่องจากเห็นว่าการสะท้อน คิดนี้สามารถอธิบายการเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ อย่างลึกซึ้งและการพัฒนาการปฏิบัติทางวิชาชีพได้เหมาะสมที่สุด

1. การสะท้อนคิดก่อนการปฏิบัติการพยาบาล (Reflection-before-action) เป็นการทบทวนความรู้ที่ได้เรียน มาก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง เช่น นักศึกษาทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำแผลก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งการสะท้อนคิด ก่อนปฏิบัติเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้คิดเป็นการนำเอาความรู้ เดิมมาคิดพิจารณาก่อน ช่วยชะลอการลงมือปฏิบัติอย่าง รีบเร่งในกิจกรรมใหม่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการทบทวนก่อนการ ปฏิบัติช่วยให้ผู้เรียนสามารถที่จะเลือกและควบคุมประสบการณ์ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้<sup>11</sup>

2. การสะท้อนคิดในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล (Reflection-in-action) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการ ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนากระบวนการตัดสินใจการแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้า ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นผู้เรียนต้องยึดหลัก การดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้สอนสร้างคำถามให้ ผู้เรียนได้คิดประเมินการปฏิบัติของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการ การปฏิบัติเช่นนี้จะ ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และความรู้ในการปฏิบัติ (practical knowledge) ที่ผู้เรียนรู้

ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษา

3. การสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติการพยาบาล (Reflection-on-action) เป็นการสะท้อนคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ภายหลังจากการปฏิบัติสิ้นสุดลง การสะท้อนคิดหลังปฏิบัติจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับอารมณ์และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง โดยผู้สอนใช้คำถามที่สะท้อนให้ผู้เรียนคิดพิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งทั้งในด้านบวกและด้านลบ การปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง การตอบสนองของผู้รับบริการ ประเด็นที่ต้องพัฒนาตนเองในอนาคต

4. การสะท้อนคิดเกิดภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Reflection-beyond-action) เกิดภายหลังสิ้นสุดการปฏิบัติ ผู้เรียนสะท้อนคิดในสิ่งที่ยังไม่ได้เรียนรู้และสิ่งที่ยังไม่รู้ ซึ่งเป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อของผู้เรียนจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ผ่านมา ผู้สอนใช้คำถามที่ให้ผู้เรียนมีการวางแผนการปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงในอนาคต

### ประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการสะท้อนคิด

สำหรับผู้เรียนที่ไม่มีประสบการณ์การเขียนสะท้อนคิดมาก่อน มักจะมีคำถามเกิดขึ้นเสมอว่า ประเด็นอะไรที่จะต้องนำมาเขียนสะท้อนคิด Koshy และคณะ<sup>12</sup> ได้แนะนำประเด็นที่ควรนำมาสะท้อนคิดโดยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะกว้างๆ ดังนี้

1. การสะท้อนคิดในสิ่งที่กระทำผิดพลาด ซึ่งความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนี้จะติดอยู่ในความคิดของผู้เรียนและทำให้คิดว่าหากสามารถย้อนกลับไปทำสิ่งนั้นจะทำอะไรที่แตกต่างจากเดิม ตัวอย่างของประเด็นการสะท้อนคิด ได้แก่ การทำหัตถการไม่ถูกต้อง การวินิจฉัยผิดพลาด เป็นต้น

2. การสะท้อนคิดในสิ่งที่ประสบผลสำเร็จ และประทับใจ ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะสามารถที่จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจและเป็นประโยชน์ ในแง่การเพิ่มความมั่นใจ ช่วยให้ผู้เรียนปฏิบัติในสิ่งนั้นซ้ำๆ ในสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกันได้เพิ่มขึ้น ตัวอย่างประเด็นการสะท้อนคิด ได้แก่ การช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการสถานการณ์ที่ยุงยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

### การประยุกต์การสะท้อนคิดตามแนวคิดของ Gibbs Model ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดการสะท้อนคิดของ Gibbs<sup>5</sup> ได้กล่าวถึงกระบวนการสะท้อนคิดที่เป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถค้นหาความหมายของพฤติกรรมทัศนคติของตนเองที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและมีการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ<sup>13</sup> ซึ่งเหมาะกับการนำความรู้ทางทฤษฎีไปใช้ในทางปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาความรู้ทางวิชาชีพพยาบาลและการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม กระบวนการนี้มีอยู่ 6 ขั้นตอน ซึ่งผู้เขียนได้มีการอธิบายหลักการแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs<sup>5,14,15</sup> และนำเสนอตัวอย่างของการบันทึกการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเป็นครั้งแรก เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจมากขึ้น ดังรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Description-what happened?) เป็นการบรรยายลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการอธิบายอย่างสั้นๆ เฉพาะเหตุการณ์ที่สำคัญเพื่อให้ผู้อ่านได้มองเห็นภาพว่ามีอะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกของตนเองที่จะต้องมีการสะท้อนในขั้นต่อไป การสะท้อนคิดในขั้นนี้จำเป็นต้องรีบทำทันทีเมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้นหรือสิ้นสุดลง ไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้เรียนลืมในบางเหตุการณ์และบางประเด็นซึ่งจะไม่ได้ถูกวิเคราะห์ ทำให้สูญเสียโอกาสในการเรียนรู้ในสิ่งที่สำคัญ ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนควรตอบคำถาม ดังนี้ “มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น” “มีใครอยู่ในเหตุการณ์นั้นบ้าง” “ทำไมเราจึงอยู่ที่นั่น” เป็นต้น

2. ความรู้สึก (Feelings-what were you thinking and feeling?) เป็นการบรรยายความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ โดยนำความรู้สึกของตนเองมาสู่การรับรู้และพยายามที่จะหาความหมายและเข้าใจความคิดความรู้สึกนั้น เป็นการเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ผู้เรียน



ต้องซื้อสัตย์ต่อความรู้สึกของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งในส่วนที่ประทับใจและความรู้สึกไม่พึงพอใจ การอธิบายความรู้สึกอย่างเปิดเผยจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์ตนเองได้อย่างแท้จริง คำถามที่ควรนำมาใช้ในขั้นตอนนี้ เช่น “ในขณะที่ฉันรู้สึกอย่างไร” “สิ่งที่ฉันกำลังคิดในขณะนี้คืออะไร” “คนอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นจะรู้สึกอย่างไร” “ฉันรู้สึกอย่างไรกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น” เป็นต้น

3. การประเมินผล (Evaluation-what was good and bad about the experience?) เป็นกระบวนการตัดสินใจ การเรียนรู้ของผู้เรียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าดีหรือไม่ดี มีคุณค่ามากน้อยเพียงใด ในขั้นตอนการประเมินผลนี้ผู้เรียนสามารถที่จะนำทฤษฎีหรือแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงและสนับสนุนการประเมินหรือการปฏิบัติกรพยาบาลของตนเองได้ และต้องมีการอ้างอิงที่มาของแนวคิดและทฤษฎีได้ โดยใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ฉันได้ตอบกับสถานการณ์นั้นอย่างไร” “บุคคลอื่นมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร” “สิ่งที่ดีหรือไม่ดีในประสบการณ์นี้คืออะไร” เป็นต้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis-what sense can you make of the situation?) ในขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนที่เจาะลึกลงไปเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้เรียนสามารถที่จะอธิบายเหตุการณ์โดยแบ่งเป็นกรณีย่อยๆ ได้ อาจมีการใช้คำถามเพื่อหาคำตอบในขั้นประเมินผล ได้แก่ “มีอะไรที่ผ่านไปด้วยดี” “มีสิ่งใดที่ฉันทำได้ดีแล้ว” “มีอะไรที่คนอื่นทำได้เหมาะสมแล้ว” “มีสิ่งใดที่ฉันทำผิดพลาดหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง” “ฉันหรือคนอื่นสนับสนุน/ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร” เป็นต้น ผู้เรียนควรมีการนำหลักการหรือแนวคิดมาอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ และการเปรียบเทียบประสบการณ์ของตนเองในขั้นตอนนี้

5. การสรุป (Conclusion-what else could you have done?) เป็นการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่สำคัญและการอธิบายทางเลือกอื่นที่อาจจะสามารถใช้ในการสนองตอบต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ คำถามที่ใช้เป็นแนวทาง ได้แก่ “สิ่งที่ฉันได้เรียนรู้จากประสบการณ์นี้คืออะไร” “มีวิธีการอื่นที่ฉันสามารถทำแตกต่างจากนี้ได้อีกหรือไม่” ถ้าหากเป็นประสบการณ์ด้านบวกผู้เรียนควรต้องอภิปรายว่าหากผู้เรียนทำแบบเดิม

จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกเช่นเดิมหรือไม่ หรือควรมีการปรับเปลี่ยนอะไรที่ช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากเป็นประสบการณ์ด้านลบผู้เรียนต้องชี้ให้เห็นว่าจะมีการหลีกเลี่ยงอย่างไรและจะมีวิธีการอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก ในขั้นการสรุปนี้จะแตกต่างจากขั้นประเมินผลคือผู้เรียนสามารถอธิบายประเด็นที่เกิดขึ้นจากมุมมองที่แตกต่างกันและอาศัยข้อมูลจำนวนมากเพื่อช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งเปรียบเหมือนกับผู้เรียนกำลังมีการพัฒนาการหยั่งรู้ในตัวเองและพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6. การวางแผนการปฏิบัติ (Action plan-if it rose again what would you do?) ขั้นนี้เป็นการวางแผนในอนาคตเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต้องรู้หรือการพัฒนาตนเอง หรือถ้าหากสถานการณ์เกิดขึ้นอีกจะทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง การตั้งคำถามที่เกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติในอนาคตมีคำถามที่ควรคำนึงถึง ดังนี้ “สิ่งจำเป็นที่ฉันต้องเตรียมตัวหากต้องเผชิญกับสถานการณ์ในลักษณะนี้อีกในอนาคตคืออะไรบ้าง” “ที่ผ่านมาถึงแม้ว่าฉันจะปฏิบัติได้ดีแล้ว ยังมีเรื่องอะไรที่ฉันต้องพัฒนาอีกบ้าง” “มีเรื่องใดที่ฉันต้องพัฒนาก่อนเป็นอันดับแรก” “มีเทคนิคหรือขั้นตอนเฉพาะอะไรบ้างที่ฉันจำเป็นต้องทำเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้” เป็นต้น

จากกระบวนการ 6 ขั้นตอนนี้ ผู้เขียนได้นำมาประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่เรียนในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยให้นักศึกษาได้มีการสะท้อนคิดผ่านการเขียนบันทึกตามแนวคิดของ Gibbs<sup>5,14,15</sup> ดังนั้น ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างการบันทึกการสะท้อนคิดของนักศึกษา ซึ่งเป็นต้นฉบับบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษาที่ผู้เขียนไม่ได้มีการปรับแต่งหรือแก้ไขเนื้อความ เพราะต้องการให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างการบันทึกสะท้อนคิดจริงของนักศึกษาที่จะพบได้บ่อยๆ ในรูปแบบการเขียนที่อาจจะไม่ได้จัดเรียงลำดับความคิดตามขั้นตอน โมเดลของ Gibbs แต่ในตัวอย่างนี้จะเห็นการนำเสนอความคิด วิธีการคิด และการปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารของนักศึกษา กับผู้ป่วย รวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ตามความคิด ความเชื่อ และความมุ่งมั่นของนักศึกษา

**ตารางที่ 1** การบันทึกสะท้อนคิดและการวิเคราะห์ผลของการบันทึกของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

บันทึกสะท้อนคิด	การวิเคราะห์
<p>วันนี้เป็นวันที่สี่ของการขึ้นฝึกจิตเวช ดิฉันมีความรู้สึกดี เพราะรู้กระบวนการทำงานที่ฝึกทำอะไร ทำให้ดิฉันคุ้นกับสถานที่มากขึ้น วันนี้ช่วงเช้าดิฉันก็ได้ไปคุยกับผู้ป่วยเหมือนเช่นทุกวันที่ผ่านมาแต่โดนผู้ป่วยปฏิเสธ (1A) ดิฉันไม่ได้รู้สึกเสียใจหรือผิดหวังอะไรมากมาย แต่ดิฉันรู้สึกว่าผู้ป่วยยังไม่ไว้วางใจดิฉัน (2A) มันเป็นเรื่องที่ทำหายมาก (3A) มันเกิดคำถามขึ้นในใจว่าเพราะอะไรผู้ป่วยถึงไม่ยอมคุยกับดิฉัน ดิฉันใช้เทคนิคการสนทนาไม่เหมาะสม หรือเพราะอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ป่วยมานานหลายสิบปี (4A) เพราะฉะนั้นดิฉันต้องหาคำตอบให้ได้ ต้องค้นหาเทคนิคที่จะทำให้ผู้ป่วยคุยกับดิฉัน ขณะนั้นดิฉันคิดอะไรไม่ออก ไม่รู้จะพูดอย่างไร (2B) ดิฉันจึงพูดว่า “เอาอย่างนี้นะคะถ้าคุณไม่สะดวกคุยตอนนี้ ดิฉันนัดคุยกับคุณประมาณ 13.00 น. ได้ไหมคะ เราจะใช้เวลาคุยประมาณ 30 นาที” ผู้ป่วยคิดนานจึงตอบเสียงเบาด้วยสีหน้าเรียบเฉยว่า “ได้ครับ” ดิฉันรู้สึกดีใจมากที่ผู้ป่วยยอมตกลง ดิฉันคิดว่าสิ่งที่ดิฉันพูดไปตอนนี้น่าจะเหมาะสม ดิฉันใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพในการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่พร้อมพูดคุยในขณะนั้น (ภัสรา ศิริรินทร์ภานู 2556) (3B) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะพูดคุยเราในฐานะของพยาบาลเราจะต้องยอมรับเขาก่อน จากนั้นดิฉันก็แยกจากผู้ป่วย</p> <p>เมื่อถึงเวลานัดหมายในช่วงบ่ายดิฉันก็ไปพบผู้ป่วยบริเวณม้าหินอ่อน ขณะนั้นผู้ป่วยกำลังนั่งเล่นดูผู้ป่วยอื่นเล่นเกม ดิฉันเข้าไปทักทายผู้ป่วยและผู้ป่วยหันมามองด้วยสีหน้าเรียบเฉยพร้อมกับถามว่าถึงเวลาคุยกันแล้วหรือ ดิฉันยิ้มให้และก้มพยักหน้า ผู้ป่วยจึงลุกออกมา ดิฉันพาผู้ป่วยไปนั่งคุยที่ม้าหินอ่อนตัวถัดไป (1B) ระหว่างการสนทนาดิฉันรู้สึกว่าผู้ป่วยไว้วางใจดิฉันมากขึ้น จากที่เมื่อวานผู้ป่วยจะถามคำตอบคำ แต่วันนี้ผู้ป่วยสามารถเล่าสิ่งที่อยู่ในใจมากขึ้น เช่น เมื่อวานผู้ป่วยไม่ยอมบอกว่าอาการหูแว่วได้ยินเสียงอะไร แต่วันนี้ผู้ป่วยบอกว่า เป็นเสียงคนคุยกัน รู้ทุกอย่างเกี่ยวกับตนเองตั้งแต่สมัยยังเด็ก แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่บอกดิฉันว่าได้ยินเสียงคนคุยกันเรื่องอะไร แคนี่ดิฉันก็รู้สึกที่ดีขึ้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสำเร็จไปขั้นหนึ่งแล้ว (4B) ผู้ป่วยสนใจมาก แววดาตั้งใจฟังขณะที่ดิฉันพูดถึงการพยาบาลหูแว่ว เช่น การดูหนังฟังเพลง ทำสมาธิ ให้จดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการเบี่ยงเบนอาการหูแว่ว และจากการคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่า “อยาก X-ray ดูสมอง ตรวจเลือด หาความผิดปกติของอาการหูแว่ว บอกคุณหมดแล้ว คุณหมอก็ไม่ทำให้” จึงเกิดคำถามขึ้นในใจดิฉันว่า “ดิฉันจะอธิบายอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นเป็นความผิดปกติทางจิตไม่ใช่ทางกาย” จากการคุยกันครั้งนี้ทำให้ดิฉันรู้สึกอยากช่วยผู้ป่วยมากขึ้นแต่ตอนนั้นไม่รู้จะอธิบายอย่างไร กลัวพูดออกไปแล้วจะทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ คิดว่าดิฉันปฏิเสธความคิดของเขา และจะทำให้เขาไม่ไว้วางใจดิฉันต่อไป (2C)</p>	<p><b>(1) การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น</b>            1A - การถูกผู้ป่วยปฏิเสธการสร้างสัมพันธภาพ แม้จะคุยมาหลายวัน            1B - การเข้าไปสร้างสัมพันธภาพในช่วงบ่าย</p> <p><b>(2) การบรรยายความรู้สึก</b>            2A - การบรรยายความรู้สึกเมื่อถูกปฏิเสธการสร้างสัมพันธภาพในช่วงแรก            2B - การอธิบายความคิดที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์เฉพาะหน้า            2C - อธิบายความคิด ความรู้สึกหากต้องเลือกกระทำบางอย่าง</p> <p><b>(3) การประเมินผล</b>            3A - นักศึกษามองว่าการที่ผู้ป่วยไม่คุยด้วยเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและน่าค้นหา            3B - นักศึกษาตัดสินใจว่าพฤติกรรมของตนเองเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพ โดยนำแนวคิดมาอ้างอิง</p> <p><b>(4) การวิเคราะห์</b>            4A - เป็นการพยายามค้นหาเหตุผลหรือข้อสนับสนุนมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าทำไมผู้ป่วยจึงไม่ยอมพูดคุย            4B - การให้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจที่มีความก้าวหน้าในการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p><b>(5) การสรุปในสิ่งที่เรียนรู้จากวิธีปฏิบัติในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ</b></p> <p><b>(6) การวางแผนการปฏิบัติ</b> ในการที่จะพัฒนาเทคนิคการสนทนากับผู้ป่วย โดยวางแผนที่จะศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย</p>

## การประเมินผลการสะท้อนคิด

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดควรทำทั้งในระหว่างเรียนเพื่อการพัฒนา (Formative assessment) และเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้เพื่อวัดผลการเรียนรู้ (Summative assessment)<sup>16</sup> การประเมินผลระหว่างเรียนเพื่อการพัฒนา (Formative assessment) เป็นการประเมินที่มีประโยชน์กับผู้เรียนและผู้สอน เช่น ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพของงาน จุดแข็งของผู้เรียนและจุดบกพร่องในกระบวนการสะท้อนคิดที่ควรพัฒนา รวมทั้งในประเด็นต่างๆ ที่ผู้เรียนต้องการหรือยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์หรือวิธีการสะท้อนคิด โดยเฉพาะในผู้เรียนที่เพิ่งเริ่มใช้การสะท้อนคิด ผลการประเมินดังกล่าวเป็นข้อมูลในการปรับวิธีการจัดการเรียนรู้ การใช้คำถามของผู้สอน การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ หรือสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนจนทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาได้<sup>16</sup> ส่วนการประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้เพื่อวัดผลการเรียนรู้ (Summative assessment) ของรายวิชา สามารถประเมินผลด้วยวิธีการและใช้เครื่องมือเช่น

เดียวกับการประเมินผลระหว่างเรียน ซึ่งอาจประเมินจากผลงานของผู้เรียน ผลการพัฒนาจากการเรียนรู้ในกระบวนการสะท้อนคิด และจากผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางปัญญา เช่น การประเมินระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หรือการคิดแก้ปัญหา<sup>17</sup>

การประเมินผลการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด ควรมีการประเมินที่หลากหลายมิติโดยเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และผู้ประเมินควรเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน แนวทางการประเมินหรือแบบประเมินที่ใช้ต้องมีความสอดคล้องกับกระบวนการสะท้อนคิด<sup>16</sup> เพื่อเป็นข้อมูลนำกลับไปพัฒนากระบวนการเรียนรู้ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้ผู้เขียนนำเสนอแบบประเมินที่สอดคล้องกับแนวคิดการสะท้อนคิดของ Gibbs<sup>5</sup> ที่ใช้กับผู้สอนหรือผู้เรียน ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด Chettha<sup>18</sup> ได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด ตามแนวคิดของ Gibbs<sup>5</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เพื่อให้ นักศึกษาใช้ในการประเมินตนเองระหว่างการเรียนรู้และเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ของรายวิชา ดังตารางที่ 2<sup>18</sup>

ตารางที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด<sup>18</sup>

	ระดับพฤติกรรม			
	สูง มาก	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ
1. ฉันทำการทบทวนเนื้อหาที่เคยเรียนแล้ว				
2. ฉันประเมินผลงานของตนเองเพื่อการพัฒนาในอนาคต				
3. ฉันคิดทบทวนว่าเรียนอะไร เรียนเพื่ออะไร				
4. ฉันเห็นสิ่งที่ฉันควรพัฒนาหรือปรับปรุง				
5. ฉันทบทวนความคิดของตนเอง				
6. ฉันเปรียบเทียบสิ่งที่อยากรู้กับสิ่งที่ได้รับจากรายวิชา				
7. ฉันนำความรู้จากการเรียนไปใช้ให้เกิดประโยชน์				
8. ฉันทบทวนว่าเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ฉันเรียนรู้ได้อย่างไร				
9. ฉันเห็นข้อดีของตนเอง				
10. ฉันแสดงความคิดเห็นของฉันกับผู้อื่น				
11. ฉันคิดไตร่ตรองว่าสิ่งที่กำลังเรียนมีคุณค่าอย่างไร				
12. ฉันบอกความรู้สึกของฉันต่อผู้อื่น				
13. ฉันทบทวนความรู้สึกของตนเอง				
14. ฉันทบทวนและเชื่อมโยงความรู้ต่างๆ เข้าหากัน				
15. ฉันพยายามค้นหาข้อดีของเหตุการณ์เพื่อการเรียนรู้				
16. ฉันทบทวนว่าแต่ละวันได้เรียนรู้อะไรบ้าง				
17. เมื่อพบสถานการณ์ใหม่ ฉันพยายามที่จะเรียนรู้จากมัน				
18. ฉันทบทวนเหตุการณ์ใหม่ ฉันพยายามจะเรียนรู้จากมัน				
19. ฉันทบทวนการกระทำของตนเอง				
20. ฉันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของฉันกับผู้อื่น				

2. การประเมินคุณภาพของการสะท้อนคิด เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาในการพัฒนาตนเองและใช้ในการวัดและประเมินผลของรายวิชา โดย

ผู้เขียนได้พัฒนาแบบประเมินการสะท้อนคิดโดยใช้รูบริก (rubrics) ตามแนวคิดของ Gibbs<sup>5</sup> ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบประเมินการสะท้อนคิดโดยใช้รูบรีค (rubrics) ตามแนวคิดของ Gibbs

รายการ	ระดับคะแนน				
	4	3	2	1	0
1. บรรยายหรือบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเรียนรู้	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมและชัดเจนทุกประเด็น	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมแต่ยังไม่ชัดเจนทุกประเด็น	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมบางประเด็น และไม่ชัดเจน	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงผิวเผิน แสดงรายละเอียดได้น้อย	ไม่บรรยาย
2. การเปิดเผยความคิด ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมตนเอง และพฤติกรรมของผู้อื่น	แสดงความคิด ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างตรงไปตรงมาต่อ 1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ 2. พฤติกรรมของตนเอง และ 3. พฤติกรรมของผู้อื่น	แสดงความคิด ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างตรงไปตรงมาต่อ 1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ/หรือ 2. พฤติกรรมของตนเอง และ/หรือ 3. พฤติกรรมของผู้อื่น	แสดงความคิด ความรู้สึกเพียงด้านบวก หรือด้านลบอย่างตรงไปตรงมาต่อ 1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือ 2. พฤติกรรมของตนเอง หรือ 3. พฤติกรรมของผู้อื่น	แสดงความคิด ความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบเพียงเล็กน้อยต่อ 1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือ 2. พฤติกรรมของตนเอง หรือ 3. พฤติกรรมของผู้อื่น	ไม่แสดงความคิด ความรู้สึก
3. วิเคราะห์เหตุการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้	วิเคราะห์เหตุการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้เชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการได้อย่างสมเหตุสมผลทั้งหมด	วิเคราะห์เหตุการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้เชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการได้อย่างสมเหตุสมผลเป็นส่วนใหญ่	วิเคราะห์เหตุการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้เชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการได้อย่างสมเหตุสมผลบางส่วน	วิเคราะห์เหตุการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้เชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการได้อย่างสมเหตุสมผลเป็นบางส่วน	ไม่มีการวิเคราะห์
4. การตัดสินใจหรือประเมินค่า(ด้านบวกหรือด้านลบ) เหตุการณ์ การกระทำของตนเอง และของผู้อื่น	การประเมินค่าเหตุการณ์ และการกระทำของตนเอง และของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยนำทฤษฎีมาอ้างอิงได้อย่างถูกต้องทั้งหมด	การประเมินค่าเหตุการณ์ และการกระทำของตนเอง และของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยนำทฤษฎีมาอ้างอิงถูกต้องเป็นส่วนใหญ่	การประเมินค่าเหตุการณ์ หรือการกระทำของตนเองหรือของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยนำทฤษฎีมาอ้างอิงถูกต้องเพียงบางส่วน	การประเมินค่าเหตุการณ์หรือการกระทำของตนเองหรือของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม แต่ไม่นำทฤษฎีมาอ้างอิงหรือนำมาอ้างอิงน้อยมาก	ไม่มีการประเมินค่าหรือการประเมินค่าไม่ถูกต้อง
5. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้	สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้อย่างครอบคลุม และชัดเจนทั้งหมดจากการวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุและผล	สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้อย่างครอบคลุม และชัดเจนเป็นส่วนใหญ่จากการวิเคราะห์เป็นเหตุและผล	สรุปสิ่งที่เรียนรู้ได้ครอบคลุม แต่ยังไม่ชัดเจนจากการวิเคราะห์เพียงผิวเผิน	สรุปสิ่งที่เรียนรู้เพียงผิวเผิน ไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน	ไม่สรุปสิ่งที่เรียนรู้
6. ระบุแนวทางในการพัฒนาได้อย่างชัดเจน	1. ระบุประเด็น/แนวทางในการพัฒนาตนเองได้อย่างครอบคลุม และอธิบายทุกประเด็นได้ชัดเจนทั้งหมด และ 2. ระบุแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในอนาคตได้ชัดเจนทุกประเด็น	1. ระบุประเด็น/แนวทางในการพัฒนาตนเองได้ครอบคลุมทุกประเด็น แต่อธิบายได้ชัดเจนในบางประเด็น และ 2. ระบุแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในอนาคตได้ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่	1. ระบุประเด็น/แนวทางในการพัฒนาตนเองไม่ครอบคลุม แต่อธิบายได้ชัดเจนในบางประเด็น และ 2. ระบุแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในอนาคตได้ชัดเจนบางส่วน	1. ระบุประเด็น/แนวทางในการพัฒนาตนเองได้ไม่ครอบคลุม และอธิบายประเด็นได้เพียงผิวเผิน และ 2. ระบุแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในอนาคตได้อย่างผิวเผิน	1. ไม่ระบุแนวทางการพัฒนาตนเอง และ 2. ไม่ระบุแนวทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในอนาคต

3. การประเมินระดับของการสะท้อนคิด เป็นการประเมินที่สำคัญอีกมิติหนึ่ง เพื่อใช้ในการประเมินระดับการพัฒนาของทักษะทางปัญญาของผู้เรียนและสอดคล้องตามความสามารถของผู้เรียนในแต่ละคนและแต่ละชั้นปี มีนักการศึกษาได้กล่าวถึงระดับการสะท้อนคิดไว้หลายแนวคิด<sup>19-21</sup> โดยมีเกณฑ์การพิจารณาที่คล้ายกัน คือ เริ่มจากระดับที่สามารถ

บรรยายหรือเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จนถึง ระดับของการตระหนักรู้ในการกระทำหรือสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสามารถตัดสินใจ โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการสะท้อนคิดขั้นสูงที่แสดงถึงการมีทักษะทางปัญญาขั้นสูงนั่นเอง ดังตารางที่ 4<sup>16</sup>

ตารางที่ 4 ระดับของการสะท้อนคิด คำอธิบาย และตัวอย่างของการสะท้อนคิดในแต่ละระดับ

ระดับการสะท้อนคิด	คำอธิบาย	ตัวอย่าง
ระดับ 1 การบรรยาย (Descriptive level)	ผู้เรียนแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ได้มาหรือการพัฒนาความรู้ใหม่ที่ได้รับจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่สำคัญ จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ใหม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์	“ดิฉันได้เรียนรู้ว่าถ้าดิฉันเข้าหาผู้ป่วยบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจดิฉันมากขึ้น ในแต่ละวันดิฉันจะพยายามทักทาย ชักถามผู้ป่วยบ่อยๆ เกี่ยวกับอาการ ความเป็นอยู่ในหอผู้ป่วย กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในแต่ละวันผู้ป่วยจึงยอมที่จะเล่าเรื่องให้ฟังทีละเล็กละน้อย ”
ระดับ 2 การเข้าใจ (Empathic level)	ผู้เรียนแสดงให้เห็นถึงความคิดเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติของตนเองและผู้อื่น จากตัวอย่างแสดงให้เห็นเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของนักศึกษาเมื่อถูกผู้ป่วยปฏิเสธ	“ดิฉันได้คุยกับผู้ป่วยเหมือนเช่นทุกวันที่ผ่านมาแต่โดนผู้ป่วยปฏิเสธ ดิฉันไม่ได้รู้สึกเสียใจหรือผิดหวังมากมาย แต่ดิฉันรู้สึกว่าคุณป่วยยังไม่ไว้วางใจดิฉัน มันเป็นเรื่องที่ทำหายนะมาก ”
ระดับ 3 การวิเคราะห์ (Analytic level)	ผู้เรียนสามารถประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์อื่นในชีวิตของตนเองและวิชาชีพได้ จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่านักศึกษานำหลักการสร้างสัมพันธภาพไปใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย	“ดิฉันใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพในการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่พร้อมพูดคุยในขณะนั้น ”
ระดับ 4 การรู้คิดหรือ อภิปัญญา (Metacognitive level)	ผู้เรียนแสดงให้เห็นถึงการตรวจสอบกระบวนการคิดและการเรียนรู้ สิ่งที่ได้เรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ และการเรียนรู้ใหม่ หรือความรู้ใหม่เปลี่ยนแปลงความรู้เก่าหรือประสบการณ์เดิมได้อย่างไร จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่านักศึกษามีความสามารถวิเคราะห์ผลกระทบได้อย่างลึกซึ้ง และกำหนดวิธีการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง	“ดิฉันจะต้องไปศึกษาเทคนิคการสนทนา จากตำรามากขึ้น แต่ดิฉันเชื่อว่าการอ่านจากตำราเพียงอย่างเดียวคงจะไม่ทำให้เข้าใจอย่างเต็มที่ ดิฉันต้องสังเกตและสอบถามจากพี่พยาบาลที่มีประสบการณ์ตรง เพราะผู้ป่วยเป็นปัจเจกบุคคล ”

## ข้อเสนอแนะในการนำการสะท้อนคิดไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้

การสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนมีการทบทวนไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำของตนเองจากสถานการณ์ที่ตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมจากมุมมองที่หลากหลายก่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นและตระหนักรู้ในความหมายการกระทำของตนเองและคุณค่าในประสบการณ์ที่เรียนรู้อีกมากขึ้น ดังนั้นในการนำการสะท้อนคิดไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินั้น ผู้สอนหรือผู้บริหารการศึกษาควรดำเนินการ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของทีมผู้สอน ทีมผู้สอนควรได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดร่วมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบการสะท้อนคิดในการจัดการเรียนการสอนร่วมกันอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน จนสามารถระดมการสะท้อนคิดของนักศึกษาได้อย่างเป็นระบบ สามารถใช้คำถามสำคัญที่ทำให้นักศึกษาคิดอย่างลึกซึ้งและเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่องรวมทั้งทำให้เกิดผลการพัฒนาจากการจัดการเรียนรู้ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

2. การเตรียมความพร้อมของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด นักศึกษาจึงควรได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความเข้าใจในลักษณะวิธีการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด และมีโอกาสในการฝึกทักษะการสะท้อนคิดอย่างเพียงพอ รวมทั้งการฝึกทักษะในการตั้งคำถามที่ดี ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกท้อใจหรือขุ่นใจจากการสะท้อนคิดในรูปแบบต่างๆ

3. ผู้สอนควรมีการประเมินผลการสะท้อนคิดร่วมกับนักศึกษาย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นักศึกษามีแนวทางในการพัฒนาการสะท้อนคิดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้สอนควรมีการประเมินผล ปรับปรุงและพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดร่วมกับทีมผู้สอนคนอื่นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ จะช่วยให้การจัดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดประสบความสำเร็จได้ ทำให้ผู้สอนและนักศึกษาเกิดความสุข ความภูมิใจในการจัดการเรียนรู้ และนำไปสู่การพัฒนาให้นักศึกษาให้มีความกระตือรือร้น เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและมีวุฒิภาวะในตนเองมากขึ้น

## สรุป

การสะท้อนคิดเป็นแนวคิดเกี่ยวกับวิถีคิด ซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการคิดทบทวนและตรวจสอบความคิด ความรู้สึกทัศนคติ ความเชื่อที่ซ่อนอยู่ภายในที่มีผลต่อการกระทำของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อทำความเข้าใจความหมายและสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์นั้น สิ่งสำคัญในการสะท้อนคิดคือผู้เรียนต้องเปิดใจ ซื่อสัตย์ต่อตนเอง สะท้อนคิดในประเด็นที่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือผิดพลาดได้ ซึ่งกระบวนการสะท้อนคิดจะต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง ก่อนการปฏิบัติ ขณะปฏิบัติ หลังการปฏิบัติ และการสะท้อนคิดเกิดภายหลังการปฏิบัติเพื่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยผู้สอนจะต้องมีการตั้งคำถามสะท้อนคิดเพื่อช่วยให้ผู้เรียนตรวจสอบการเรียนรู้ของตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

## References

1. Tanomchayataeat B, Wanitsuppawong P, Niamtade W, Pojanatanti N. The 21st century: The challenge to develop students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(2): 208-222. (In Thai).
2. Joonlarat P. Learning Management for Students in the Thailand 4.0 Era. *Veridian E-Journal Silpakorn University* 2018;11(2):2363-80. (In Thai).
3. Royal College of Nursing. An exploration of the challenges of maintaining basic human rights in practice. London: Royal College of Nursing. 2012.
4. Mackintosh C. Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today* 1998; 18:553-557.
5. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. Further education unit. Oxford: Oxford Polytechnic; 1988.
6. Horton-Deutsch S, Sherwood GD. Reflective Practice: Transforming Education and Improving Outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2017.
7. Armstrong G, Horton-Deutsch S, Sherwood G. Reflection in clinical contexts: learning collaboration and evaluation. In Horton-Deutsch S, Sherwood GD. (Eds) Reflective Practice: Transforming Education and Improving Outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2017.
8. Barbour JF. The Making of a butterfly: reflective practice in nursing education. *International Journal for Human Caring*. 2013;17(3):7-11.
9. Edwards S. Reflecting differently. New dimensions: reflection-before-action and reflection-beyond-action. *International Practice Development Journal* 2017;7(1):1-14 doi: 10.19043/ipdj.71.002
10. Na Nakhon P. Learning by reflective thinking. *Journal of Research and Curriculum Development*. 2013;3(2):1-20. (in Thai).
11. Greenaway R. Investigating the Value of Reflection Before Action. (cited 29 May 2019) Available from: <http://reviewing.co.uk/articles/Reflection-Before-Action.pdf>
12. Koshy K, Limb C, Gundogan B, Whitehurt K, Jafree DJ. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *Int J Surg Oncol* 2017;2(6):1-3.
13. Jasper M, Rosser M. Reflection and Reflective Practice. In: Jasper M, Rosser M, Mooney G (ed) Professional Development, Reflection and Decision-Making in Nursing and health Care. West-Sussex: Wiley-Blackwell; 2013.
14. Wilding MP. Reflective practice: a learning tool for student nurses. *British Journal of Nursing* 2008;17(11):720-4.
15. Jasper, M. Beginning reflective practice-Foundations in Nursing and Health Care. Nelson Thornes. Cheltenham. 2003.
16. Ash SL, Clayton PH. Generating, deepening, and documenting learning: the power of critical reflection in applied learning. *Journal of Applied Learning in Health Education*. 2009;1:25-48.



17. Ekthamasuth C, Suvithayasiri K. Cognitive constructivism through problem solving thinking skill. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(1):177-83. (in Thai).
18. Chettha K. Developing of reflective clinical skills of nursing students through journal writing in teaching and counseling in health. Journal of Phrapokklao Nursing College 2013;24(2): 12-20. (in Thai)
19. Clark DR. Learning through reflection. (cited 2019 May 29) Available from: <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/development/reflection.html>
20. Kirkpatrick D. Another book at evaluating training programs. Alexandria, VA: ASTD; 1995.
21. Kanmalia Y, Suikraduang A. Evaluation of training program for new nurses to enhance caring behavior. Sociology Study 2015;5(7):584-91.

## บทความวิชาการ

## การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

### Care for Children with Congenital Heart Disease to Prevent Respiratory Tract Infections

Received: Oct 17, 2018  
Revised: Dec 25, 2018  
Accepted: Feb 21, 2018

ณัฐธิดา สร้อยเพชร พยม. (Nutchta Soiphet, MSN)<sup>1</sup>  
 นัยนา อินธิโชติ พยม. (Naiyana Intichoti, MSN)<sup>2</sup>  
 วาสนา ครุฑเมือง พยม. (Wasana Khrutmuang, MSN)<sup>3</sup>  
 นพรัตน์ สวนปาน พยม. (Nopparat Suanpan, MSN)<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักพบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าเด็กปกติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยผู้ดูแลควรให้ความสำคัญในการดูแลเด็ก ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสเชื้อโรค การได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย การป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ เพื่อให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดทางกายได้อย่างปกติ และมีการเจริญเติบโตตามวัย อีกทั้งพยาบาลควรให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การป้องกัน, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, ติดเชื้อทางเดินหายใจ

<sup>1,2</sup> อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ <sup>1</sup> E-mail: nutchta@unc.ac.th <sup>2</sup> E-mail: naiyana@unc.ac.th

<sup>3</sup> อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ E-mail: wasana.k@unc.ac.th

<sup>4</sup> อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ E-mail: nopparat@unc.ac.th  
 Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Uttaradit, Thailand

## Abstract

Children with congenital heart disease may have more complications than normal children. Especially, respiratory tract infection in children is a major cause of hospitalization and it increases mortality rates among them. The evidence shows that most children aged under five years are at high risk of respiratory tract infection. It has negative impacts on their quality of life, social activities, and growth development. This article aimed to provide knowledge to prevent respiratory tract infection among children with congenital heart disease. This article also presented knowledge and how to take care of children with congenital heart disease including nutrition, immunization, avoiding crowded area, medication to prevent heart failure, and endocarditis prevention. This article may assist nurses or caregivers with confidence in caring for children and be able to provide effective care for children with complications.

**Keywords:** prevention, congenital heart disease, respiratory tract infections

## บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจ และ/หรือ หลอดเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา<sup>1</sup> ส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ผิดปกติ<sup>2</sup> โดยสาเหตุของการเกิดโรคมักยังไม่ทราบชัดเจนพบได้ทั่วไปและพบได้บ่อยในทารกแรกเกิด อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 8 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย<sup>3</sup> หรือในแต่ละปีจะพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 40,000 คน/ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประมาณ 8 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย<sup>4</sup> ส่วนในประเทศไทยพบทารกแรกเกิดป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอุบัติการณ์การเกิดประมาณ 7 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย<sup>5</sup> เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 25 ซึ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถตรวจพบตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึงอายุ 6 ปี โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดจะแสดงอาการตั้งแต่วัยหลังคลอดได้ไม่นาน แต่บางชนิดมีอาการน้อยในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด แต่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้เด็กอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วเมื่อกลับไปอยู่ที่

บ้าน ส่วนสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจและภาวะหัวใจวาย<sup>6</sup> นอกจากนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ล่าช้ากว่าเด็กปกติ<sup>7</sup> ดังนั้นพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและเจริญเติบโตได้ตามวัย

## ชนิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ตามอาการทางคลินิกและการมีเลือดไปปอด แบ่งตามอาการทางคลินิกคือ ชนิดมีอาการเขียว (cyanotic type) และชนิดไม่มีอาการเขียว (acyanotic type) ชนิดมีอาการเขียว ได้แก่ เตตระโลยี ออฟ ฟาล็อต (tetralogy of fallot: TOF), การสลับที่ของหลอดเลือดแดงใหญ่ (transposition of the great arteries: TGA) และชนิดที่ไม่มีอาการเขียว ได้แก่ ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบนมีรูรั่ว (atrial septal defect: ASD), ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่างมีรูรั่ว (ventricular

septal: VSD), การมีรูเปิดระหว่างหลอดเลือดแดงเออร์ดำกับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (patent ductus arteriosus: PDA) สำหรับการแบ่งตามการมีเลือดไปปอด พบชนิดมีเลือดไปปอดมากและมีเลือดไปปอดน้อย ชนิดมีเลือดไปปอดมาก (increased pulmonary blood flow) ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด VSD, ASD, PDA พบได้มากในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ชนิดมีเลือดไปปอดน้อย (decreased pulmonary blood flow) ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด TOF, หลอดเลือดพัลโมนารีตีบหรือตัน (pulmonary stenosis: PS), ลิ้นไตรคัสปิดตัน (tricuspid atresia: TA) ซึ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบได้มากที่สุดคือ VSD ร้อยละ 30.50 รุปร่างขนาดเล็กสามารถปิดเองได้ภายในอายุ 1 ปี<sup>8</sup>

### อาการเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

อาการทางคลินิกที่พบบ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ และการไหลเวียนของเลือด ได้แก่

1. อาการเขียว (cyanosis) เกิดมีเลือดล้นดวงจรจากหัวใจห้องขวาไปหัวใจห้องซ้าย ระดับของออกซิเจนในเลือดต่ำ มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน 5 กรัม/เดซิลิตร ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 80-85% ซึ่งมี 2 ลักษณะ คืออาการเขียวทั่วตัว (central cyanosis) เกิดจากเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมีปริมาณออกซิเจนต่ำขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจปกติ พบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเลือดไหลล้นดวงจรจากหัวใจห้องขวาไปซ้าย พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด TOF อาการเขียวของอวัยวะส่วนปลาย (peripheral cyanosis) เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง จะมีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก พบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด PS, TA<sup>9</sup>

2. ภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน (hypoxic spell) พบบ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว โดยเฉพาะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด TOF และ TGA เป็นภาวะที่สมองขาดออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน จากการมีกิจกรรม เช่น ร้องไห้ มีกิจกรรมการเล่น ออกกำลังกาย การดูดนมของทารก หลังรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ มักพบได้บ่อยใน

ตอนเช้า เนื่องจากทำให้มีแรงต้านทานในหลอดเลือดแดงร่างกายสูงขึ้น กระตุ้นการหลั่ง catecholamine ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวมากขึ้น เกิดการอุดตันของลิ้นหัวใจพัลโมนีคเลือดดำไปที่ปอดลดลง เลือดไหลล้นดวงจรจากหัวใจห้องขวาไปซ้ายมากขึ้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมีออกซิเจนต่ำ เนื้อเยื่อร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน<sup>10</sup>

3. ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) พบได้ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเนื่องจากมีความซับซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและความอยากอาหารลดลง ใช้ระยะเวลาในการรับประทานอาหารนาน มีความต้องการสารอาหารมากกว่าเด็กปกติทั่วไป<sup>11</sup> จากรายงานการวิจัยพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีส่วนสูงและน้ำหนักต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป และต่ำกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ของเกณฑ์มาตรฐาน มีการเจริญเติบโตช้าร้อยละ 27 เนื่องจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและการมีอัตราการเผาผลาญพลังงานสูง ความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับชนิดของโรคและความผิดปกติของหลอดเลือด<sup>12</sup>

4. ภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) เป็นภาวะผิดปกติเกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในขณะที่เลือดเข้าสู่หัวใจเพียงพอ เป็นผลทำให้มีการคั่งของเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายและปอด ภาวะหัวใจวายแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ หัวใจซีกขวายวายน (right-side heart failure) พบได้ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ASD, VSD, PDA และหัวใจซีกซ้ายวาย (left-side heart failure) อาจพบได้ในโรคลิ้นหัวใจรั่ว และโรคหัวใจที่มีการตีบบริเวณหลอดเลือดแดงเออร์ดำ (aorta)<sup>13</sup>

5. อาการเหนื่อยง่าย (dyspnea) เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การทำกิจกรรมต่างๆ วิ่ง เดิน เล่น<sup>14</sup>

6. นิ้วมือนิ้วเท้าปวม (clubbing of fingers and toes) พบในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เกิดจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังนาน 1-2 ปี ทำให้มีการเพิ่มของหลอดเลือดฝอยเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงนิ้วมือ และเท้ามากขึ้น ทำให้เกิดการหนาตัวของเนื้อเยื่อบริเวณนิ้วมือ และนิ้วเท้า<sup>13</sup>

7. ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงในร่างกายมากกว่าปกติ (polycythemia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับฮีมาโตคริตมาก

กว่าร้อยละ 65 เนื่องจากการขาดออกซิเจนเรื้อรังซึ่งไปกระตุ้นให้ไซโทไคร์สร้างเม็ดเลือดแดงออกมามากกว่าปกติ ทำให้เลือดมีปริมาณเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติเกิดภาวะเลือดข้นและลิ่มเลือดได้ง่าย มักพบในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว พบได้ในเด็กที่มีอายุประมาณ 2 ปี<sup>13</sup>

## การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การติดเชื้อทางเดินหายใจ (respiratory infection) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบได้ทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ (influenza), ทอลซิลอักเสบ (tonsilitis) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมเล็กอักเสบ (bronchitis), หลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) และปอดอักเสบ (pneumonia) ซึ่งการติดเชื้อทางเดินหายใจพบได้บ่อยในเด็กอายุ 3 เดือน ถึง 6 ปี และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตอันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงถึง 11.2 ครั้งต่อคนต่อปี<sup>15</sup> การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กส่วนใหญ่เกิดในช่วงฤดูหนาว มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อได้หลายชนิดทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น ไมโครพลาสมา นิโมนีเอ (Mycoplasma pneumoniae) เชื้อไวรัส เช่น ไรโนไวรัส (Rhinovirus) และจากเชื้อ respiratory syncytial virus (RSV) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>16</sup> ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 95 ส่วนใหญ่มักพบมีการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่ที่มีการติดเชื้อจะทำให้เกิดโรคปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ คือมีปอดอักเสบอย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี หรือ 3 ครั้งในตลอดชีวิต มักเกิดจากการติดเชื้อ RSV มักเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด<sup>17</sup> จากการศึกษาความสัมพันธ์อัตราการเจ็บป่วยของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจติดเชื้อ RSV ในเด็กอายุ 2 ปี พบว่าจากการศึกษาในเด็กจำนวน 71 คนที่เป็นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่า 22 คนป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน และใน 15 คนมีการติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อ RSV และร้อยละ 41 ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการติดเชื้อทาง

เดินหายใจด้วยเชื้อ RSV มีการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำและเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต บางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้<sup>18</sup>

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ RSV ที่รุนแรง ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหลายระบบ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีการใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติ และถ้าหากมีการติดเชื้อทางเดินหายใจจะส่งผลต่อการใช้ออกซิเจนในร่างกายที่มากกว่าปกติทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และทำให้เกิดปอดบวม น้ำหืด มีเลือดคั่งบริเวณถุงลมปอด ร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อโรคออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการอักเสบติดเชื้อที่ปอด หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น มีขนาดโตขึ้น และแรงต้านในหลอดเลือดของปอดสูงขึ้นจนทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและส่งผลทำให้เกิดการเสียชีวิตได้<sup>19</sup> ซึ่งการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจต้องการดูแลแบบประคับประคองและต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดังนั้นภายหลังเด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสม และสามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้เด็กป่วยมีสุขภาพแข็งแรง และได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจในเวลาที่กำหนดต่อไป<sup>20</sup> ดังนั้นการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจต้องได้รับการดูแลเพื่อลดความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

## การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานหรือความต้องการที่ซับซ้อนของเด็กป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม คงไว้หรือทำให้สุขภาพกลับคืนมาสู่สภาพปกติโดยที่ครอบครัวสามารถให้การดูแลได้อย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพ<sup>21</sup> โดยการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่บ้านมีส่วนสำคัญในการป้องกัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ ในตำบลนางาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 133 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.561$ ,  $p<.001$ ) และการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.786$ ,  $p<.001$ ) ดังนั้นการดูแลที่บ้านบทบาทของผู้ดูแล จึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด<sup>22</sup> และจากการศึกษาการให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าปัจจัยความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=0.51$ ,  $p<.01$ )<sup>23</sup>

จากการศึกษาของ Woodward<sup>11</sup> พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ พัฒนาการ ภูมิต้านทาน การป้องกันเยื่อหู หิวใจอักเสบ ทันตกรรม และการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการเกิดภาวะหัวใจวาย โดยต้องได้รับการดูแล 4 เรื่อง ได้แก่ การได้รับภาวะโภชนาการเหมาะสมกับโรค การได้รับอาหารเสริมเพื่อป้องกันการสูญเสียพลังงานจากสารอาหารที่ได้รับ การหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อโรคจากบุคคลอื่น เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อสามารถติดต่อกันได้ทางการสัมผัสหรือสารคัดหลั่ง และหลีกเลี่ยงในแหล่งแพร่กระจายเชื้อในช่วงฤดูหนาว เช่น กลุ่มควัน หมอก หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัด การได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหรือการได้รับวัคซีนตามตารางของกระทรวงสาธารณสุข และการได้รับยาโรคหัวใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวาย เพื่อประคับประคองอาการของเด็กป่วย<sup>24</sup> และพบการศึกษาของน้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ท่าจิ้น<sup>25</sup> ศึกษาถึงบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจในบิดาหรือมารดาที่มีบุตรอายุ 6 เดือนถึง

15 ปี ป่วยเป็นโรคหัวใจ เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 82 ราย โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจในเรื่องอาหารและน้ำ อากาศ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลตามระยะพัฒนาการด้านร่างกาย ภาษา สังคมสติปัญญา การดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพในเรื่องการแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการดูแลบุตรตามแผนการรักษา ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดามีคะแนนในบทบาทการดูแลบุตรโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาที่มีบุตรวัยหัดเดินป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยศึกษาการดูแลของมารดาในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการเฝ้าติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ในเด็กที่มาตรวจคลินิกโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลรัฐบาระดับตติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 95 คน พบพฤติกรรมกรรมการดูแลของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง<sup>26</sup> ดังนั้นการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรทางทีมสุขภาพ โดยพยาบาลสามารถถ่ายทอดหรือให้ความรู้กับผู้ดูแลได้ โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะพยาบาลเด็ก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารจำนวน 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กจำนวน 5 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กจำนวน 4 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการจำนวน 4 คน และกุมารแพทย์จำนวน 3 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่านวนหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัย พบว่าสมรรถนะด้านการสอนเป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โดยสามารถสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กและสมาชิกครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยและช่วงวัยได้ถูกต้อง ( $Md = 5.0$ ,  $IR = 0.00$ ) และสามารถสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ ( $Md = 5.0$ ,  $IR = 0.75$ )<sup>27</sup> ดังนั้นผู้ดูแล

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำที่ถูกต้องในการดูแลเด็ก ได้แก่

1. ภาวะโภชนาการ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ควรดูแลให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์และครบทุกประเภทอย่างเพียงพอ เนื่องจากมีอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายมากกว่าปกติ และไขมันที่สะสมในร่างกายมีน้อย เนื่องจากมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนมากกว่าเด็กปกติ จากการศึกษากลุ่มเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีภาวะผอม และกลุ่มเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีภาวะเตี้ย เนื่องจากเด็กมีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกาย<sup>28</sup> และจากการศึกษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและเขียว ในเด็กอายุ 1-3 ปี ที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 68 คน และเด็กปกติ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอบางใหญ่ จำนวน 76 คน พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและเขียวมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 34.80 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 41.30 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ<sup>29</sup> การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอจึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง พบว่ามีอัตราการไหลเวียนเลือดไปที่ปอดมากกว่าปกติมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ทำให้เด็กทารกต้องการพลังงานวันละ 120-150 กิโลแคลอรี/วัน เพื่อเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักพบการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย การหายใจของแผลซ้ำมีผลต่อเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ซึ่งในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางรายต้องจำกัดอาหารเนื่องจากมีภาวะหัวใจวาย และพบการเจริญเติบโตที่ไม่เป็นไปตามวัย ในเด็กทารกอัตราการเจริญเติบโตหรือน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นวันละ 5-10 กรัม ดังนั้นต้องเพิ่มน้ำนมแม่ หรือนมสูตรทารก ให้ได้พลังงาน 30 กิโลแคลอรี/ออนซ์ และในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยหัดเดิน วัยก่อนเรียนควรให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กได้แก่ ตับ ไข่แดง เลือดหมู เลือดไก่ เนื้อสัตว์ พืชใบเขียว เพื่อป้องกันภาวะซีด จะทำให้การขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ และอาหารโปรตีนสูง เช่น ไข่ นม

เนื้อสัตว์ ควรเพิ่มอาหารประเภทปลา ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างมาก ซึ่งเป็นอาหารเพื่อสุขภาพมีผลที่ดีต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งในปลาไม่มีไขมันโอเมก้า 3 ซึ่งช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลที่ไม่ดีและช่วยในการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น และช่วยลดการเกิดภาวะหัวใจวาย<sup>30</sup> นอกจากนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารในอาหารที่มีโซเดียมต่ำหรือลดอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีโซเดียมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลโดยตรงจากโซเดียมในอาหาร อาหารจำพวกนี้ ได้แก่ อาหารแปรรูปจากเนื้อสัตว์ อาหารแช่แข็ง ขนมกรุบกรอบ ไข่เค็ม และขนมกึ่งสำเร็จรูป ต้องดูปริมาณส่วนผสมของโซเดียมในปริมาณน้อยหรือต้องไม่มีเลย และการจำกัดน้ำเป็นสิ่งสำคัญให้น้ำแก่เด็กใน 24 ชั่วโมง และต้องจำกัดการให้น้ำดื่มแก่เด็กและน้ำที่ออกจากร่างกายแก่เด็ก ในเด็กวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียนควรใช้ภาชนะหรือถ้วยที่ขนาดเล็กแต่ใส่น้ำในปริมาณเต็มภาชนะเพื่อจะได้เป็นการจำกัดน้ำ

2. การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคให้ครบถ้วน เนื่องจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหากเกิดการติดเชื้อทำให้มีอาการรุนแรงมากกว่าปกติ<sup>11</sup> สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบริการวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับในเด็กอายุแรกเกิด-6 ปี มี 8 ชนิด ได้แก่ วัคซีนวัณโรค (BCG), วัคซีนตับอักเสบบี (HBV), วัคซีนโปลิโอ (OPV, IPV), วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP), วัคซีนหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR), วัคซีนไข้มองอักเสบเจอี (JE), วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT), และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (influenza)<sup>31</sup> นอกจากนี้พบว่ามีการใช้วัคซีน palivizumab ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส RSV ที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนของการใช้วัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถช่วยลดการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้วัคซีนในเด็กทั้งในสุขภาพปกติ และเด็กกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าการใช้ palivizumab ในเด็กเกิดก่อนกำหนด ที่ไม่มีโรคปอดเรื้อรัง (chronic lung disease) และเด็กที่มีโรคปอดเรื้อรังสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของเด็กทั้งสองกลุ่มได้ร้อยละ 55 นอกจากนั้นยังสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของเด็กที่มีความผิดปกติของ

หัวใจและหลอดเลือด (coronary heart disease) ได้<sup>32</sup> ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับวัคซีนชนิดนี้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ สำหรับในประเทศไทยไม่ได้มีกำหนดในตารางวัคซีนกระทรวงสาธารณสุข แต่ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถรับวัคซีนตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบริการวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับได้ โดยยกเว้นวัคซีนบางชนิดในเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีโรคร่วม เช่น DiGeorge syndrome ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม (MMR), วัคซีนปอดอักเสบ, วัคซีนโรต้า (rotavirus), วัคซีนอีสุกอีใส (varicellazoster) และในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีม้ามผิดปกติ (asplenia) ร่วมด้วย อาจต้องระมัดระวังการได้รับวัคซีน ได้แก่ วัคซีนปอดอักเสบ (pneumococcal vaccine) ดังนั้นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถรับวัคซีนได้เหมือนเด็กทั่วไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดบริการวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับ และควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคปอดอักเสบร่วมด้วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้เข้ารับการรักษายูโรวิทยาเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดความคลาดเคลื่อนไม่รับวัคซีนตามกำหนด ซึ่งอาจมีผลต่อภูมิคุ้มกันโรคของเด็กป่วย ดังนั้นเด็กสามารถรับวัคซีนภายหลังวันกำหนดนัดรับวัคซีนได้<sup>7</sup>

3. การหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสเชื้อโรค เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทางเดินหายใจ โดยการแพร่กระจายของเชื้อโรคมีได้ 2 ทาง ทางตรงและทางอ้อม การแพร่กระจายของเชื้อโรคทางตรง ได้แก่ การติดต่อทางลมหายใจ (droplet transmission) ขนาดของหยดที่มีขนาดมากกว่า 5 ไมครอนจากการไอ จาม พุด รูปร่างของหยดสามารถแพร่กระจายเข้าสู่บุคคลอื่นได้ทางเยื่อเมือก (ปาก จมูกหรือตา) สามารถอยู่ได้ในอากาศระยะสั้นแต่กระจายไปได้ไกล 1 เมตร ขนาดหยดที่เหนียวสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ และการติดต่อทางอากาศ (airborne transmission) การแพร่กระจายเชื้อผ่านทางอากาศและจากบุคคลที่ติดเชื้อโรค ขนาดของหยดน้อยกว่า 5 ไมครอน ขนาดเล็กที่ยังคงอยู่ในอากาศ สามารถเคลื่อนที่ไปได้ไกลกว่า 1 เมตร และยังคงอยู่ในอากาศได้นาน ติดต่อกันโดยเชื้อจะไปอยู่ที่เยื่อเมือกหรือการสูดดม และการสัมผัส

โดยตรง (direct contact transmission) การติดเชื้อทางตรงหรือสัมผัสโดยตรง การสัมผัสมือกับผู้ป่วยที่เพิ่งไอจามใส่มือ ผู้รับจะติดต่อกับเชื้อโรคไปสัมผัสกับร่างกายทางปาก จมูก ตา การแพร่กระจายของเชื้อโรคทางอ้อมได้แก่ การสัมผัสทางอ้อม (indirect contact transmission) ติดต่อกันโดยมีสิ่งของเป็นพาหะนำในการติดเชื้อโรค เช่น เตียงนอน เครื่องเฟอร์นิเจอร์ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ของผู้ที่ติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ ผู้รับจะสัมผัสกับเชื้อโรคจากสิ่งของต่างๆ แล้วมาสัมผัสกับร่างกายของตนเอง คือ ปาก จมูก ตา ดังนั้นการดูแลเด็กเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรคทางเดินหายใจ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ ผู้ดูแลไม่ควรให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยแยกเด็กออกจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ หากผู้ดูแลมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด ควรปิดปากจมูกด้วยผ้าปิดปากและจมูก ไม่ไอจามรดหน้าเด็ก การแพร่กระจายเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันสามารถแพร่กระจายได้ทั้งทางการหายใจ การสัมผัสน้ำมูกน้ำลายและเสมหะของผู้ป่วย โดยเชื้ออยู่ในสิ่งแวดล้อมจะมีอายุถึง 4-6 วัน ดังนั้นเมื่อมีการจับต้องเชื้อโรคจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ ต้องล้างมือเมื่อจับต้องสิ่งของต่างๆ ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจจะสามารถลดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ถึงร้อยละ 50 รวมถึงการทำความสะอาดมือด้วยน้ำธรรมดาและสบู่ การล้างมือเป็นการกำจัดสิ่งสกปรก และเชื้อโรคออกจากมือที่มีประสิทธิภาพมาก สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>17</sup> และจากการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล จำนวน 52 คน ในศูนย์สิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่นพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่างมีการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุด ( $X = 3.43$ ,  $S.D. = 1.56$ ) เนื่องจากจากผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความ เป็นจริง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจวิธีการรักษา และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้น้อย<sup>33</sup> ดังนั้นการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลควรได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



4. การได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดขึ้นอยู่กับลักษณะของโรคที่เด็กเป็นอยู่สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยาที่มีความสำคัญในการป้องกันภาวะหัวใจวาย คือ ยาดิจิทาลิสและยาขับปัสสาวะ<sup>34</sup> ยากลุ่มดิจิทาลิสใช้เพื่อช่วยในการเพิ่มความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ขนาดของการให้ยาในเด็กจะให้ เป็นลาโนอกซิน (lanoxin elixir) 50 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ปริมาณในการให้ยาแพทย์จะคำนวณจากน้ำหนักตัวของเด็ก เช่น ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ปริมาณในการให้ยา 10-12 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร และในเด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี ปริมาณในการให้ของยา 8-10 ไมโครกรัม/กิโลกรัม เนื่องจากยาชนิดนี้ในปริมาณยาที่ต่างกันจะมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน ในการให้ยาแต่ละครั้งจะต้องคำนวณปริมาณและช่วงเวลาในการออกฤทธิ์ของยา ในการให้ยาแต่ละครั้งจะต้องระมัดระวังในการให้ยาในเรื่องของปริมาณในการให้จะต้องได้ครบตามที่แพทย์กำหนดไว้ โดยการใช้กระบอกฉีดยาหรือหลอดหยด (dropper) ในการให้ยา โดยการให้อย่างช้าๆ โดยการให้ทางด้านข้างของมุมปากและลึกเข้าไปในปากเพื่อป้องกันการสำลัก ในการให้ยาที่ดีที่สุดคือในขณะที่กระเพาะอาหารว่าง (1 ชั่วโมงก่อนรับประทานอาหารหรือ 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร) สามารถให้ยาในปริมาณเล็กน้อยของอาหารได้ถ้าหากเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน การให้ยาลาน็อกซิน (lanoxin) ควรให้ตรงตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากต้องรักษาระดับความคงตัวของยาในเลือด ถ้าหากพลาดการได้รับยา 1 ครั้ง ปริมาณการคงตัวของยาในกระแสเลือดจะหายไป ต้องใช้เวลาประมาณหรือมากกว่า 12 ชั่วโมงจึงจะให้ปริมาณความคงตัวของยาเหมือนเดิม เนื่องจากจะต้องให้ยาในมือต่อไปตามที่กำหนดไว้ ห้ามให้ในปริมาณ 2 เท่าในยามือต่อไป ถ้าหากในกรณีที่มีให้ยา 2 มื้อ หรือ 1 วันควรรีบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจเด็ก และควรหยุดการให้ยาในมือนั้นถ้าหากก่อนให้ยาอัตราการเต้นของหัวใจในเด็กทารกต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที ในเด็กอายุ 1-6 ปี อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 80 ครั้งต่อนาที ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที<sup>9</sup> และในกรณีที่เด็กอาเจียนยาออกมาภายใน 15 นาทีสามารถให้ยาเด็กซ้ำได้ใหม่ได้ในปริมาณยาเท่าเดิม ผลข้างเคียงของยา คือ อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง เป็นต้น อาการทางระบบ

ประสาท เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย เป็นต้น อาการทางหัวใจ เช่น หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้ระดับโพแทสเซียมลดลง ข้อควรระวัง ควรติดตามระดับยา และค่าอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด ภาวะโพแทสเซียมสูงหรือต่ำ ภาวะแคลเซียมสูง ภาวะแมกนีเซียมต่ำ และห้ามหยุดยากะทันหัน ยาขับปัสสาวะที่พบบ่อยได้แก่ ฟูโรซีไมด์ (furosemide) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใช้ในการลดปริมาณเลือดดำที่กลับเข้าสู่หัวใจ (preload) ในการขับน้ำออกนอกร่างกาย และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ช่วยรักษาแบบประคับประคอง ขนาดในการให้ยา 2-5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/วัน การให้ในปริมาณมากอาจทำให้เกิดการสูญเสียอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโพแทสเซียม หากลืมหยาในมือใดมือหนึ่ง สามารถให้รับประทานยาได้ทันทีที่นึกได้ และการให้ยาในมือต่อไปจะต้องห่างกัน 8 ชั่วโมง ห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในมือถัดไป ผลข้างเคียงของยาได้แก่ การสูญเสียอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะโพแทสเซียม ปากแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ง่วงซึม กระสับกระส่าย ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะน้อย หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ สามารถให้ป้องกันการสูญเสียโพแทสเซียมได้ โดยการให้อาหารทดแทนเช่นกล้วย ลูกพรุน ลูกเกด ถั่ว ส้ม ข้อควรระวัง ติดตามภาวะขาดน้ำและค่าอิเล็กโทรไลต์ ให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง<sup>7</sup>

5. การป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ เนื่องจากโรคของหัวใจและฟันเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อบริเวณลิ้นหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจวายได้ ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุได้หลายปัจจัย เช่น ในเด็กที่ดูดนมผสมจากขวดนมไม่ควรให้เด็กดูดขวดนมจนหลับ เพราะจุลินทรีย์ในช่องปากจะเปลี่ยนจากน้ำตาลแลคโตสในนมให้เป็นกรด ละลายแร่ธาตุออกจากตัวฟัน ทำให้เกิดฟันผุ การรับประทานอาหารน้อยแต่บ่อยครั้งบางครั้งอาจต้องรับประทานอาหารในเวลาดึก และยาโรคหัวใจบางชนิด เช่น digoxin มีส่วนผสมของน้ำตาลซูโครสเป็นตัวแขวนตะกอนมีผลทำให้เกิดฟันผุ<sup>35</sup> ด้านการดูแลสุขภาพฟันและการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ ร้อยละ 25 มารดาไม่พาเด็กมาพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เนื่องจากอยู่ไกลจากโรงพยาบาล และไม่ทราบเหตุผลของการพาเด็กโรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิดมาพบทันตแพทย์ ส่งผลให้เด็กมีฟันผุถึงร้อยละ 80.5<sup>36</sup> ควรให้การดูแลเด็กแก่ประฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและก่อนนอน และควรบ้วนปากทุกครั้งหรือประฟันภายหลังรับประทานอาหาร และใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ พาเด็กไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน หากพบว่าเด็กมีฟันผุเล็กน้อย มีเลือดออกตามไรฟัน และเหงือกบวมควรปรึกษาทันตแพทย์ทันที

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัย และมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างไปจากเด็กปกติทั่วไป ทั้งในเรื่องภาวะโภชนาการ การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสเชื้อโรค การได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย และการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลทำให้เสียชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กและให้การดูแลที่ถูกต้อง โดยพยาบาลควรให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ดูแล และเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลจนสามารถดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ควรมีคู่มือ หนังสือ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อ

ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจที่สามารถค้นหาเข้าถึงได้สะดวกและเข้าใจได้ง่ายแก่ผู้ดูแลเมื่อเกิดความสงสัยในข้อมูล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### สรุป

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด โดยส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้เกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติ ทำให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย และทำให้เกิดปอดบวม น้ำหรือมีเลือดคั่งบริเวณถุงลมปอด หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น และแรงต้านในหลอดเลือดของปอดสูงขึ้นจนทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและส่งผลทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ และทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กตามมา ดังนั้นการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องได้รับความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านภาวะโภชนาการ การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การหลีกเลี่ยงไม่ให้สัมผัสเชื้อโรค การได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย และการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดี เจริญเติบโตตามวัย

### References

1. Delaney A, Baker AL, Bastardi H, O'Brien P. The cardiovascular dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Essentials of pediatric nursing. Missouri: Elsevier; 2017. p.738-85.
2. Oliveira P, Held P, Grande R, Ribeiro MO, Bobbio TG, Schivinski C. Profile of children submitted to correction of congenital heart disease and analysis of respiratory complication. Rev Paul Pediatric. 2012;30(1):116-21.
3. Hearps SJ, McCarthy MC, Muscara F. Psychosocial risk in families of infants undergoing surgery for a serious congenital heart disease. Cardiol Young. 2014;24(4):632-9.

4. Gregory MR, Prouhet PM, Russel CL, Pfannenstiel BR. Quality of life for parents of children with congenital heart defect a systematic review. *Journal of cardiovascular nursing*. 2018;33(4):363-71.
5. Srichantaranit A. Nurses' role in caring for young cyanotic congenital heart disease patients suffering from anoxic spells. *Thai Journal of Nursing Council*. 2013;28(4):95-106. (in Thai).
6. Healy F, Hanna BD, Zinman R. Pulmonary complication of congenital heart disease. *Pediatric respiratory reviews*. 2012;13(1):10-5.
7. Yingrengreung S, Rachawat P. Providing care for children with congenital heart disease for good quality of life. *The journal of Boromarajonani college of nursing, Nakhonratchasima*. 2014;20(1): 5-14. (in Thai).
8. Simmons FJ. Care of the child with altered cardiac function. In Votroubek W, Tabacco A, editors. *Pediatric home care for nurse a family centered approach*. 3rd ed. United States of America: Courier; 2010. p. 217-44.
9. Brien PO, Baker AL. The child with cardiovascular dysfunction. In Hockenberry MJ, Wilson D, editors. *Wong's essentials of pediatric nursing*. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2009. p. 861-910.
10. Saengtaweessin C. Hpoxic spell. in Singhalvanich S, Saengtaweessin C, Sriaudomkajhon S, Kanchanapongsakul S, editors. *Children's disease frequent 2*. 2nd ed. Bangkok: Sahamit Printing Publishing Leasing; 2009. p. 81-2. (in Thai).
11. Woodward CS. Keeping children with congenital heart disease healthy. *The national Association of Pediatric Nurse Practitioners*. 2011;25:373-8.
12. Parrish CR. Nourishing little heart: Nutritional implications for congenital heart defects. *Nurition Issue in Gastroenterology* 2011;98:11-34.
13. Luewisetpaiboon C. Congestive heart failure. In: Sakulporn S, Sirichoti A, Luewisetpaiboon C, Bhamlakit O, Asadamongkol K, Jongbunyadjareon P, editors. *Pediatric 2*. Bangkok: Nopachai Printing; 2012. p. 969-81. (in Thai).
14. Sophonthammarak S. Recognition of heart diseasesin children. In: Charurattanasirikul S, Wongchan-chailert M, Sunthornlohanakgul S, editors. *Pediatric : Current care*. Bangkok: OS Printing House; 2002. p. 252-70. (in Thai).
15. Pajan P, Witchayanon P. Recurrent respiratory infection. In: Likkasitwattanakul S, Bunyasit W, Wisutseriwong W, Nitiyarom R, Sumbunnanon A. *Pediatrics Siriraj text book*. Bangkok: PL living; 2016. p. 712-24. (in Thai).
16. Ewy GA, Bobrow BJ. Cardiocerebral resuscitation : an approach to improving survival of patients with primary cardiac arrest. *J Intensive Care Med*. 2016;31(1):24-33.
17. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, et al. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *N Engl J Med*. 2009;360:588-98.

18. Andres S, Bauer G, Rodriguez S, Novali L, Michli D, Farina D. Hospitalization due to respiratory syncytial virus infection in patients under 2 years of age with hemodynamically significant congenital heart disease. *Journal de pediatric*. 2012;12(88):246-52.
19. Rossi AC, Prefumo F. Accuracy of ultrasonography at 11-14 weeks of gestation for detection of fetal structural anomalies: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2013;122(6):1160-7.
20. Thuthong C. The effect of teaching according to health belief concept and caregiver participation on health care behaviors of school-aged children with congenital heart disease [Degree of master of nursing science program in pediatric nursing]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
21. Wilson D. Health promotion of the infant and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, editors. *Essentials pediatric nursing*. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2009. p. 499-565.
22. Pitipat A, Bhokkhabhubeth S, Khamsripon C, Reungworaboon S. Factors related to behaviors promoting toddler's growth and development of toddler caregivers. *Journal of Boromarajonani college of nursing Bangkok*. 2018;34(3):1-10. (in Thai).
23. Phomreungrit K, Jintrawet U, Chotibang J. Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing journal*. 2015;42:35-45. (in Thai).
24. Macallan D. Infection and malnutrition. *Medicine*. 2009;37:525-8.
25. Keawwichit N, Thachin K. Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. *Songklanagarind medical journal*. 2007;25(4):273-82. (in Thai).
26. Chaisom P. Predicting Factors of Dependent Care Behaviors among Mothers of Toddlers with Congenital Heart Disease. *Chiang Mai University journal of natural sciences*. 2010;9(2):193-200. (in Thai).
27. Niyomchat R, Wivatvanit S. Competencies of pediatric nurses. *Journal of Boromarajonani college of nursing, Bangkok*. 2017;33(2):84-100. (in Thai).
28. Hassan BA, Albanna EA, Morsy SM, Siam AG, Shafie MM, Elsaadany, et al. Nutrition status in children with un-operated congenital heart disease: An Egyptian center experience. *Front Pediatr [Internet]*. 2015 [cited 2015 Jun 15];1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/doi/10.3389/fped.2015.00053>
29. Petruentong P, Srichantaranit A, Prasopkittikun T. Growth and development in children with congenital heart disease. *Songklanagarind journal of nursing*. 2018;38(1):10-21. (in Thai).
30. Nydegger A, Bines JF. Energy metabolism in infants with congenital heart disease. *Nutrition*. 2006;22:697-704.
31. Hassing W. Vaccines in Thailand's Immunization Plan. In: Phuthanakit T, Chatperdpai S, Phancharoen C, Likitnukul S, Ngampaiboon C, editors. *Vaccine from infancy to childhood and adolescence*. Bangkok: Thana place; 2010. p. 129-67. (in Thai).

32. American academy of pediatrics, Committee on infectious diseases immunization in special clinical circumstances. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. 2015 Report of the committee on infectious diseases. 30th ed. Elk Grove Village: IL;2015. p. 68-107.
33. Vantum C, Soomlek S. Health promotion of caregivers in children with congenital heart disease undergone heart surgery. *Journal of nursing science & health* 2012;35(1):1-9. (in Thai).
34. Kathanyuwong P. Treatment of heart failure by medication. In: Sirijongkhonthong P, Durongpisitkul K, Wijansorn C, Withedsonthi K, Panamontha M, Kengsakul A, et al., editors. *Pediatric cardiology*. Bangkok: AI Group Press; 2012. p. 407-22. (in Thai).
35. Moursi AM, Fernandez JB, Daronch M, Zee L, Jones CL. Nutrition and oral health consideration in children with special health care needs : Implication for oral health care provider. *Pediatric Dent*. 2014;32(4):333-42.
36. Pimental EL, Azevedo VM, Castro RA, Reis LC, Lorenzo A. Caries experience in young children with congenital heart disease in developing country. *Brazilian oral research*. 2013;27(2):103-8.

## บทความวิชาการ

## การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to Evaluate Clinical Skills of Nursing Students

Received: Dec 18, 2018  
Revised: Feb 25, 2019  
Accepted: Mar 22, 2019

สำลี สาลีกุล วท.ม. (Sumlee Saleekul, MS.)<sup>1</sup>  
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) สำหรับนักศึกษาพยาบาล ในวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้น (Primary Medical Care Practicum) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ได้เริ่มนำการประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE มาใช้ประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล หลังจากสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติ ในปีการศึกษา 2558 โดยพิจารณาว่าทักษะที่มีความจำเป็นต้องนำมาประเมิน คือ การเย็บแผล ผลการสอบพบว่านักศึกษาจำนวน 212 คน สอบผ่านร้อยละ 69.34 สอบไม่ผ่านร้อยละ 30.66 นำผลการสอบพร้อมข้อเสนอแนะจากอาจารย์และนักศึกษามาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและมีการดำเนินการต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษาพยาบาลรุ่นต่อมาในปีการศึกษา 2559 มีการสอบ OSCE 2 ทักษะ คือ การเย็บแผล และการตรวจหน้าท้อง ผลการสอบพบว่าทักษะการเย็บแผลจากนักศึกษา จำนวน 177 คน สอบผ่านร้อยละ 58.76 สอบไม่ผ่านร้อยละ 41.24 และทักษะการตรวจหน้าท้อง สอบผ่านร้อยละ 57.63 สอบไม่ผ่านร้อยละ 42.37

จากการถอดบทเรียนร่วมกัน สรุปว่าการประเมินทักษะทางคลินิก เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลการประเมินจากการสอบเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติต่อไป โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้สอนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมที่ดี ทั้งเรื่องเนื้อหา สถานการณ์ สถานที่ อุปกรณ์การสอน และแบบประเมิน ซึ่งต้องสอดคล้องกัน การประเมินทักษะทางคลินิกด้วย OSCE ในวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้นส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้ยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1,2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ <sup>1</sup>Email: sumlee.s@bcn.ac.th,

<sup>2</sup>Email: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

## Abstract

The objective of this article was to exchange knowledge in assessing Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to evaluate clinical skills of the 4<sup>th</sup> year nursing students in Primary Medical Care Practicum. The Boromarajonnani College of Nursing, Bangkok began to use OSCE to assess clinical skills of nursing students after the end of practical training in the academic year 2015. The skills that need to be evaluated was suture skill. The results of OSCE showed that among 212 students, 69.34% passed the exam and 30.66% failed the exam. The test results and suggestions from the nurse faculty and students was taken to improve the OSCE arrangement. In the academic year 2016, two skills for OSCE examinations, suture and abdominal examination, were arranged. The results revealed that the suture skills of 177 students, 58.76%, was passed and 41.24% was failed the examination. For the abdominal examination skills, 57.63% was passed and 42.37% was failed the examination.

The lessons learned from the OSCE arrangement can be concluded that the clinical skill evaluation in nursing students is essential for comprehensive evaluation. The results from the OSCE could be used as a guide to improve practical teaching and learning. Success factors contributed to good preparation of the nurse faculty in term of content, situations, locations, teaching materials, and assessment forms, which must be consistent. The OSCE arrangement in the Primary Medical Care Practicum contributed to better clinical skills in the nursing students.

**Keywords:** Objective Structured Clinical examinations, Nursing student

## บทนำ

ตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ในมาตรา 30 กำหนดให้ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพต้องสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ ผ่านตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด และคณะกรรมการอำนวยการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ สภาการพยาบาลได้ดำเนินการจัดการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพฯ โดยจัดให้มีการสอบวัดความรู้ฯ ปีละ 3 ครั้ง วัดคุณสมบัติเพื่อให้ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพมั่นใจว่าจะได้รับการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพ

และมีมาตรฐานวิชาชีพ<sup>1</sup>

จากผลงานวิจัยของ Kunaviktikul, Klunklin, Chontawan และ Athaseri<sup>2</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าข้อสอบและวิธีการสอบเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสอบของผู้สำเร็จการศึกษา โดยมีข้อเสนอแนะว่าสภาการพยาบาลควรทบทวนวิธีการจัดการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ โดยให้มีการจัดสอบความรู้รูปแบบอื่นนอกเหนือจากการใช้ข้อสอบปรนัยเพียงอย่างเดียว เนื่องจากในการประกอบวิชาชีพฯ จำเป็นต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลควบคู่กัน ต่อมาในปี 2556 สภาการพยาบาล<sup>3</sup> จึงได้จัดโครงการจัดการสอบการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแบบ

OSCE ในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ เพื่อใช้ในการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาล ให้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในการให้การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์กับผู้รับบริการทุกวัย ทั้งภาวะปกติและภาวะสุขภาพเป็ยงเบน ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการทางการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ มีความมั่นใจในคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการสอบการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาลในการขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาลทุกคนต้องได้รับการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแบบ OSCE ก่อนการสอบความรู้ เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ เป็น 1 ใน 6 สถาบันที่ได้รับเลือกให้เป็นสถาบันนำร่องในการจัดสอบการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแบบ OSCE ของสภาการพยาบาล จากการจัดทำโครงการดังกล่าวส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลให้ความสนใจกับการประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE มากยิ่งขึ้น

### การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE เป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมโดยตรง (Performance based evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินตามวัตถุประสงค์ที่เลือกเจาะจง สังเกตพฤติกรรมบางส่วนจากการปฏิบัติในเวลาที่เกิดจำกัด (Spot direct observation) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า OSCE เป็นเครื่องมือประเมินหรือวิธีทดสอบที่อาศัยพฤติกรรมโดยตรง และเจาะจงคัดเลือกมาหลากหลายเพื่อให้ นักศึกษาปฏิบัติในช่วงเวลาที่จำกัด มีผลดีในการนำมาประเมินทักษะทางคลินิก (clinical skill) ทักษะด้านการสื่อสาร (communication skill) และทักษะด้านการปฏิบัติการ (operative skill) การสอบ OSCE เป็นการประเมินที่ครอบคลุมหลายด้าน และเป็นวิธีประเมินทักษะการปฏิบัติที่มีประโยชน์มาก<sup>3</sup> OSCE เป็นการประเมินผลที่มีรูปแบบและหลักเกณฑ์ที่แน่นอน โดยใช้

วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้างการสอบ เป็นวิธีการประเมินผลทักษะทางคลินิกที่มีมาตรฐานสามารถยกระดับความรู้ของผู้เรียนรายบุคคลได้อย่างแท้จริง<sup>4</sup> และเป็นวิธีการประเมินผลที่ครอบคลุมการวัดทุกระดับความรู้ ทั้งในด้านทักษะ เจตคติ<sup>5</sup> และการตัดสินใจของผู้เรียนได้ OSCE สามารถใช้สอบสำหรับการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึก<sup>6</sup> และใช้ประเมินทักษะทางคลินิก หรือทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติ

### การประเมินทักษะทางคลินิกด้วย OSCE วิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้น (Primary Medical Care Practicum)

ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ เปิดสอนวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้น (Primary Medical Care Practicum) ในภาคการศึกษาที่ 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 เพื่อให้ นักศึกษาสามารถปฏิบัติการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วย เวชบริบาลเบื้องต้น การทำหัตถการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และการบันทึกข้อมูลของการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ภายใต้ขอบเขตของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หลักจริยธรรม สิทธิมนุษยชน และกฎหมายวิชาชีพได้ โดยได้เริ่มนำ การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE มาใช้ประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล หลังจากสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติ ในปีการศึกษา 2558 โดยพิจารณาว่าทักษะที่มีความจำเป็นต้องนำมาประเมินแบบ OSCE คือ การเย็บแผล ทั้งนี้ได้มีการเตรียมการเพื่อการประเมินตามหลักการของ OSCE ผลการสอบพบว่าในปีการศึกษา 2558 นักศึกษา จำนวน 212 คน สอบผ่าน ร้อยละ 69.34 สอบไม่ผ่าน ร้อยละ 30.66 และนำผลการสอบ พร้อมข้อเสนอแนะจากอาจารย์และนักศึกษามาเป็นข้อมูลในการปรับปรุง และมีการดำเนินการต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษาพยาบาลรุ่นต่อมา ในปีการศึกษา 2559 มีการสอบ OSCE 2 ทักษะ คือ การเย็บแผล และการตรวจหน้าท้อง ผลการสอบพบว่าทักษะการเย็บแผล จากนักศึกษา จำนวน 177 คน สอบผ่าน ร้อยละ 58.76 สอบไม่ผ่าน ร้อยละ 41.24 และทักษะการตรวจหน้าท้อง สอบผ่าน ร้อยละ 57.63 สอบไม่ผ่าน ร้อยละ 42.37 ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** ผลการสอบทักษะทางคลินิกด้วย OSCE วิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำแนกตามทักษะการสอบในปีการศึกษา 2558 และ 2559

ทักษะ	ปีการศึกษา 2558					ปีการศึกษา 2559				
	จำนวน (คน)	ผ่าน (คน)	ร้อยละ	ไม่ผ่าน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ผ่าน (คน)	ร้อยละ	ไม่ผ่าน (คน)	ร้อยละ
การเย็บแผล	212	147	69.34	65	30.66	177	104	58.76	73	41.24
การตรวจหน้าท้อง						177	102	57.63	75	42.37

จากผลการสอบเมื่อได้มีการถอดบทเรียนร่วมกัน ทีมผู้สอนได้เรียนรู้ว่าการประเมินทักษะทางคลินิก เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ด้วยทักษะการเย็บแผล ที่นำมาใช้ในการประเมิน เป็นสมรรถนะที่ผ่านการพิจารณาแล้วว่ามีความสำคัญที่นักศึกษาต้องได้รับการฝึกภาคปฏิบัติ และเมื่อเพิ่มทักษะการตรวจหน้าท้องในปีการศึกษาต่อมา ผลการประเมินพบว่ายังมีนักศึกษาจำนวนหนึ่งที่ไม่ผ่านการประเมินเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติต่อไป เพื่อให้เกิดความประเมินผลที่หลากหลาย และสามารถประเมินผู้เรียนได้ครบอย่างครอบคลุมมากกว่า การทดสอบแบบปรนัย โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้สอนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมที่ดี ทั้งเรื่องเนื้อหา สถานการณ์ สถานที่ อุปกรณ์การสอน และแบบประเมิน ซึ่งต้องสอดคล้องกัน ทั้งนี้จะมีการประเมินทักษะทางคลินิกด้วย OSCE ในวิชาปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้นในปีต่อมาจนถึงปัจจุบัน

สำหรับนักศึกษา ภายหลังจากสอบในแต่ละปี ได้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ว่านักศึกษามีทักษะอยู่ในระดับใด รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของนักศึกษา สรุปผล 3 ประเด็น คือ **สิ่งที่ได้เรียนรู้** การนำไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะ ดังนี้ **สิ่งที่ได้เรียนรู้** ได้ทบทวนวิธีการเย็บแผล ที่ถูกต้อง ได้นำสิ่งที่เรียนและปฏิบัติตามใช้ในการสอบปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะมีประสบการณ์จริงมาแล้ว ได้เรียนรู้การวิเคราะห์สถานการณ์ ความรอบคอบในการอ่าน โจทย์ การปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนด การมีสติ และเตรียมอุปกรณ์ ในการเย็บแผลจริง พร้อมทั้งได้เย็บแผลจริงกับหุ่นจำลอง ถือว่าเป็นสิ่งที่ได้ ทดสอบความรู้ ความคล่องตัว และเทคนิค จากการที่ได้ฝึกปฏิบัติงานจริงมาแล้ว การสอบครั้งนี้เป็น

การทบทวนและเป็นการประเมินว่าเราสามารถเย็บแผลได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน เย็บสวยงามมากน้อยเพียงใด ได้ฝึกการปฏิบัติในสถานการณ์ที่จำลองขึ้นทำให้สามารถฝึกการตัดสินใจ หากได้มีการฝึกฝนจะทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจ เมื่อเจอสถานการณ์จริงจะได้ตัดสินใจได้ เรียนรู้ในสิ่งที่ เป็นข้อผิดพลาดของตนเอง โดยข้อผิดพลาดที่ตนเองไม่รู้ตัวนั้น สามารถฟังได้จากอาจารย์ที่คุมสอบภายหลังการสอบเสร็จแล้ว สามารถนำไปพัฒนาตนเองได้ และการสอบทำให้ได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติเย็บแผล จากโจทย์สถานการณ์ ได้คิดวิเคราะห์สถานการณ์จากโจทย์ ในการเตรียมอุปกรณ์เพื่อนำมาทดสอบตามสถานการณ์ที่โจทย์ กำหนด และมีการจัดลำดับความสำคัญของการให้การพยาบาล ตามขั้นตอนที่ถูกต้อง รวมถึงการจัดอุปกรณ์อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการปฏิบัติงานนักศึกษาอาจมีการประยุกต์ในขั้นตอน การปฏิบัติจากทฤษฎีที่เรียน การสอบปฏิบัติครั้งนี้ให้นักศึกษา ได้ทบทวนเนื้อหาอีกครั้ง และสามารถนำทักษะที่ได้ไปใช้ในการ ปฏิบัติงานต่อไปได้ รวมทั้งได้เรียนรู้ถึงความรู้สึกรู้สีกอีกแบบหนึ่ง ของการสอบซึ่งเป็นรูปแบบการสอบที่ต้องยอมรับว่าไม่คุ้นเคย เพราะการสอบ OSCE เป็นการสอบที่ทำให้รู้สึกกดดันและ ตื่นเต้นในตอนสอบซึ่งหากว่าเราควบคุมสติไม่ได้หรือมีความรู้ ทักษะที่ไม่แม่นยำพอจะทำให้เราไม่มั่นใจและทำออกมาไม่ได้เท่าที่ควร จากการได้สอบปฏิบัติได้เรียนรู้ว่า จากการออกฝึกการ ได้ลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะทำให้มีความชำนาญ ในการหยิบจับการใช้เครื่องมือมากขึ้น เมื่อมาได้สอบปฏิบัติ จะทำให้มีความคล่องแคล่วในการสอบ ลดการตื่นเต้นมากขึ้น จากการได้ไปฝึกปฏิบัติมาแล้วและจากการเรียนในภาคทฤษฎี การจัดให้มีการสอบ OSCE เป็นเหมือนการประเมินความรู้

และทักษะที่ผ่านมา ถือเป็นจัดการจัดการเรียนการสอนที่ตีความกับการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ นักศึกษาให้ข้อมูลว่าการสอบ OSCE ครั้งนี้ จึงทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ถึงวิธีการและกระบวนการต่างๆ ของการสอบ ซึ่งเป็นทักษะและประสบการณ์ที่สามารถนำไปใช้กับการสอบครั้งต่อไป ทั้งนี้ยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริงในอนาคต และการสอบอื่นๆ ซึ่งต้องมีสติ สมาธิอยู่เสมอ รวมทั้งสามารถนำข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะสอบมาปรับปรุงตนเอง ให้สามารถทำหัตถการได้ถูกต้องตามทฤษฎี เกิดเป็นความมั่นใจในการปฏิบัติงานเมื่อจบเป็นพยาบาล จากการสอบทำให้ทราบว่าตนเองมีข้อควรแก้ไขตรงจุดไหน และสามารถนำไปปรับใช้ และทำให้มีความมั่นใจและอาจทำให้มีสติมากขึ้นเมื่อเจอสถานการณ์จริง จะเป็นประโยชน์ในเชิงที่ทำให้นักศึกษาได้เตรียมตัวเตรียมทักษะในการที่จะจบออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลได้ กรณีมีผู้ป่วยมีการฉีกขาดของผิวหนังหรือชั้นกล้ามเนื้อเพื่อเย็บให้ผิวหนังชิดติดกันและป้องกันการเลือดออกจากแผล ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้นำความรู้การเย็บแผลไปใช้จริงกับผู้ป่วย การสอบที่มีสถานการณ์มาให้จะทำให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสามารถปฏิบัติได้ เหมือนกับการได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ทำให้เราสามารถเข้าใจในตัวผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ ได้ เพื่อที่นำไปใช้ในการทำงานในอนาคตได้อย่างถูกต้อง การสอบ OSCE เป็นการทดสอบที่ต้องใช้ความรู้และทักษะควบคู่กันไป สามารถนำไปใช้ได้จริงในตลอดชีวิตการทำงานพยาบาล สามารถนำเทคนิคต่างๆ ตลอดจนข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องที่ได้เรียนรู้ไปพัฒนาปรับปรุงความสามารถและทักษะของเราให้ดียิ่งขึ้นเมื่อต้องทำงานจริงๆ ในอนาคต ได้ฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการเย็บแผลที่ถูกต้องและสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลแผลได้ นำไปใช้ในการพัฒนาทักษะตนเองในการปฏิบัติงานเมื่อต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ สามารถนำความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานและการสอบไปใช้ในการปฏิบัติงานกับสถานการณ์จริงในชีวิตเพื่อเราจะได้นำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

นอกจากนี้นักศึกษามีข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังนี้ ควรมีการสอบ OSCE ในรายวิชานี้ต่อไปทุกปี และมีการ Feedback ในส่วนของข้อผิดพลาด ทุกครั้งที่จบการเรียนภาคปฏิบัติ เนื่องจากสามารถนำข้อผิดพลาดไปปรับปรุงตนเองได้จริง ควรมีสถานการณ์ที่หลากหลายมากกว่านี้ เช่น อาจเพิ่มการ CPR เข้าไปด้วย แล้วให้นักศึกษาจับผลกว่าได้ปฏิบัติเรื่องใด หรือ ผู้คุมสอบเป็นผู้กำหนด และหากมีการเพิ่มสถานการณ์เข้าไปจริงอยากให้ออกให้ชัดเจนว่าเรื่องไหนบ้าง และการสอบมีหลายสถานการณ์ จะได้ฝึกทักษะหลายอย่าง เป็นการทดสอบตนเองและสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้ ควรมีการสอบก่อนการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเพื่อให้นักศึกษามีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดกับผู้ป่วยในการปฏิบัติจริง และควรให้มีการทดสอบทักษะการปฏิบัติต่อไป เพื่อให้ นักศึกษาทุกคนได้มีการทบทวนความรู้และทักษะจากการฝึกปฏิบัติอีกครั้งเนื่องจากนักศึกษามีการออกฝึกในสถานที่ต่างกัน อาจมีทักษะที่หลากหลายและแตกต่างกัน เพื่อให้ นักศึกษาแต่ละแหล่งฝึกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และสามารถปฏิบัติทักษะการเย็บแผลได้ถูกต้อง มีนักศึกษาบางคนให้ข้อเสนอแนะว่าการจัดสอบ OSCE แบบนี้ค่อนข้างเหมาะสม เพราะตรงกับสิ่งที่ได้จากการฝึกปฏิบัติงานมา และไม่มากเกินไป ควรมีการจัดสอบ OSCE ต่อไปและมีการสอบที่หลากหลายเรื่องมากขึ้น เช่น การวินิจฉัยโรคจากโจทย์สถานการณ์ต่างๆ โดยมีการตรวจร่างกายและเลือกวิธีการให้การพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น เพื่อที่นักศึกษาจะได้ประเมินตนเองได้ว่ามีความรู้และให้การพยาบาลได้ถูกต้องมากน้อยแค่ไหน หลังจากได้ไปฝึกปฏิบัติการเวชบริบาลเบื้องต้นมาแล้ว จะได้นำข้อผิดพลาดที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตนเองให้ดีขึ้นต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

การสอบแบบ OSCE เป็นเครื่องมือประเมินหรือวิธีทดสอบที่อาศัยพฤติกรรมโดยตรงและเจาะจงคัดเลือกมาหลากหลายเพื่อให้นักศึกษาปฏิบัติในช่วงเวลาที่จำกัดมีผลดีในการนำมาประเมิน clinical skill communication skill และ operative skill มีประโยชน์ในการช่วย ประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นในการวัดประเมินผลนักศึกษา

พยาบาลในด้านของทักษะการสอบแบบ OSCE จึงเป็นการสอบที่สามารถสะท้อนทักษะของผู้เรียนได้ดี สามารถประเมินผู้เรียนได้ครบอย่างครอบคลุมทั้งด้านความรู้ และทักษะ ดังนั้นในการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรนำการสอบแบบ OSCE มาใช้เพื่อประเมินนักศึกษาในรายวิชาทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นของนักศึกษาเพื่อลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในอนาคต

## สรุป

การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) เป็นวิธีการ

ประเมินผลที่สำคัญวิธีหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ควรนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดความประเมินผลที่หลากหลาย และสามารถประเมินผู้เรียนได้ครบอย่างครอบคลุมมากกว่าการทดสอบแบบปรนัย โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้สอนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมที่ดี ทั้งเรื่องเนื้อหา สถานการณ์ สถานที่ อุปกรณ์การสอน และแบบประเมิน ซึ่งต้องสอดคล้องกัน และผู้เรียนต้องเข้าใจวิธีการประเมินทักษะทางคลินิกแบบ OSCE ซึ่งต้องมีการเตรียมความรู้และเตรียมตัวมาเป็นอย่างดี สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่เรียนมาได้ จะช่วยให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional Nursing and Midwifery Act, (2<sup>nd</sup>) B.E.2528. Nonthaburi 1997.
2. Kunaviktikul W, Klunklin A, Chontawan R, Athaseri S. Factors related to the results of Nursing and Obstetric License Tests Thai Journal of Nursing Council 2012;27:11-28. (in Thai)
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Project for the examination of nursing practice skills assessment OSCE in the examination, registration and obtaining a professional license; 2013. (in Thai)
4. Faculty of Nursing College under the Praboromarajchanok Institute. (2559). Manual of Clinical Skills Assessment with OSCE of the Bachelor of Nursing Science Program in Nursing Schools under the Praboromarajchanok Institute. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2016. (in Thai)
5. Chongloi N, Thomas P, Hansaram AM, Deepak KK. Attitudes of undergraduate nursing students toward Objective Structure Practical Examination: An Exploratory study International Journal of Nursing Sciences 2017;4:68-72.
6. Mitchell ML, Jeffrey CA, Henderson A, Glover P, Nulty DD, Kelly MA, et al. Using an Objective Structured Clinical Examination for Bachelor of Midwifery students' preparation for practice Woman and Birth 2014;27:108-13.
4. Gregory MR, Prouhet PM, Russel CL, Pfannenstiel BR. Quality of life for parents of children with congenital heart defect a systematic review. Journal of cardiovascular nursing 2018;33(4):363-71.
5. Srichantaranit A. Nurses' role in caring for young cyanotic congenital heart disease patients su18.

## บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานครFactors Influencing Fruit and Vegetable Consumption among Grade 6 Primary  
School Students in Bangkok Metropolitan

Received: Jun 28, 2018

Revised: Aug 24, 2018

Accepted: Oct 30, 2018

ปริยานุช นารณสิทธิ์ พย.ม. (Preyanuch Natsit, M.N.S.)<sup>1</sup>สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ส.ด. (Suwanna Junprasert, Dr.P.H.)<sup>2</sup>นิสากร กรุงไกรเพชร ส.ด. (Nisakorn Krungkraipetch, Dr.P.H.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การบริโภคผักและผลไม้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยเรียน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 185 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องผักและผลไม้ ทักษะคิดต่อการบริโภคผักและผลไม้ การเข้าถึงแหล่งที่เอื้อต่อการบริโภคผักและผลไม้ อิทธิพลของผู้ปกครอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ และการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนบริโภคผักและผลไม้สัปดาห์ละ 4-6 วัน ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน (FVC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) คือ การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง (PPP) ( $\beta = .376, p < .001$ ) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ (INF) ( $\beta = .286, p < .001$ ) และทัศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้ (ATT) ( $\beta = .171, p < .01$ ) อำนาจการทำนายรวมร้อยละ 31.8 ( $R^2 = .318$ ) โดยค่าคงที่ไม่มีนัยสำคัญในสมการทำนาย และสามารถเขียนสมการทำนายได้ ดังนี้  $FVC = 0.298 (PPP) + 0.244 (INF) + 0.188 (ATT)$

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนบริโภคผักและผลไม้ ควรเน้นการจัดเตรียมผักและผลไม้เพื่อให้อื้อต่อการบริโภค การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักและผลไม้

**คำสำคัญ:** การบริโภคผักและผลไม้, เด็กวัยเรียน, กรุงเทพมหานคร

วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี Email: preyanuch.nat@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: suwanna@buu.ac.th, Corresponding

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: nisakorn@buu.ac.th

<sup>1,2,3</sup> Burapha University, Chon Buri, Thailand

## Abstract

Fruit and vegetable consumption is the important factor promoting growth and development for school-age children. This study aimed to investigate factors influencing fruit and vegetable consumption among grade 6 primary school students in Bangkok Metropolitan. Multi-stage random sampling technique was used to recruited 185 samples from grade 6 primary school students in urban school in Bangkok Metropolitan on academic year 2017. Data were collected using a set of questionnaires including personal data, knowledge, attitude, fruit and vegetable accessibility, influence of parents and friend, information, and fruit and vegetable consumption. Data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that students consumed fruit and vegetable 4-6 days/week. The best significant predictor of fruit and vegetable consumption (FVC) included food prepared by parents (PPP) ( $\beta = .376$ ,  $p < .001$ ), information about fruit and vegetable (INF) ( $\beta = .286$ ,  $p < .001$ ), and attitude towards fruit and vegetable consumption (ATT) ( $\beta = .171$ ,  $p < .01$ ). However, the constant value was not significant for equation. They accounted for 31.8% ( $R^2 = .318$ ) in the prediction with significant level of .05. The prediction equation was:  $FVC = 0.298 (PPP) + 0.244 (INF) + 0.188 (ATT)$

The findings of this study suggest that to promote fruit and vegetable consumption, fruit and vegetable preparation suitable for consumption, providing information, and enhancing positive attitude towards fruit and vegetable consumption should be addressed in school-age children.

**Keywords:** fruit and vegetable consumption, school-age children, Bangkok Metropolitan

## บทนำ

ผักและผลไม้เป็นอาหารหลัก 1 ใน 5 หมู่ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นแหล่งรวมสารอาหารหลากหลายชนิดโดยเฉพาะวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารช่วยให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง อีกทั้งยังมีสารสำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดโรค<sup>1-3</sup> นอกจากนี้การบริโภคผักและผลไม้ยังช่วยลดพลังงานต่ำแต่มีใยอาหารสูงช่วยจับไขมันจากอาหาร ลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ลดการดูดซึมของน้ำตาลช่วยให้อัมเร็วเมื่อบริโภคเป็นประจำจะทำให้รูปร่างดี แต่ในทางกลับกันการไม่บริโภคผักและผลไม้ หรือบริโภคไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกาย

ไม่มีใยอาหารที่จะช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ดี ไขมันสะสม ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีปัญหาโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน และเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง<sup>4</sup>

อย่างไรก็ตามผลการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเด็กอายุ 6-14 ปี ระดับประเทศจากกลุ่มตัวอย่าง 5,890 คน พบว่า มีการบริโภคผักและผลไม้ครบถ้วนตามคำแนะนำควรบริโภคต่อวันเพียงร้อยละ 6.80 เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เด็กผู้หญิงมีการบริโภคผักและผลไม้ร้อยละ 6.90 ในขณะที่เด็กผู้ชายมีการบริโภคที่น้อยกว่า พบเพียงร้อยละ 6.70 ปริมาณการบริโภคผักและผลไม้เพียงวันละ 14.3 กรัมต่อวัน (ประมาณ

1.5 ซ่อนโต๊ะ)<sup>5</sup> ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก กำหนด คือ 400 กรัมต่อวัน<sup>4</sup> และต่ำกว่าสัดส่วนปริมาณที่แนะนำสำหรับเด็กวัยเรียนตามธงโภชนาการ คือ ผักวันละ 4 ทัพพี (12 ซ่อนโต๊ะต่อวัน หรือ 4 ซ่อนโต๊ะต่อมื้อ) และผลไม้วันละ 3 ส่วน<sup>6</sup>

แต่ในขณะที่เดียวกันการบริโภคอาหารประเภท แป้ง น้ำตาล และไขมันในเด็กวัยเรียนกลับเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากวิถีชีวิตและค่านิยมในการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีปัญหาลาโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีประชากรอย่างน้อย 300 ล้านคน กำลังเผชิญปัญหาโรคอ้วน สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยพบภาวะโภชนาการเกินในเด็ก อายุ 6-14 ปี ร้อยละ 5.80, 6.70, 5.40, และ 9.70 ในปี พ.ศ. 2538, 2544, 2546 และ 2552 ตามลำดับ พื้นที่ที่มีความชุกของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนสูงสุดของประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 15.60 อายุที่เริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุดคืออายุ 12 -14 ปี ร้อยละ 14.10<sup>5</sup>

โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร เป็นโรงเรียนที่มีหลายขนาด มีระบบจัดการศึกษาหลากหลาย<sup>7</sup> อยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีสูง แนวโน้มของการบริโภคอาหารในเขตชุมชนเมืองจึงได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เด็กวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทเนื้อสัตว์ แป้ง น้ำตาล เพิ่มมากขึ้นและบริโภคอาหารทุกประเภทดังที่ได้กล่าวมา มากกว่าเด็กวัยเรียนในภูมิภาคอื่นของประเทศไทย<sup>5</sup> ทั้งนี้เนื่องมาจากวิถีชีวิตของคนเมืองเป็นแบบเร่งรีบ เวลาในการเตรียมอาหารน้อยลง หรือไม่มีเวลาเตรียมอาหาร มีค่านิยมในการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม ที่ส่งเสริมการตลาดเพื่อประโยชน์ทางการค้า อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูปที่หาได้ง่าย สะดวกใช้เวลาน้อย ซึ่งส่วนมากเป็นอาหารปิ้งย่าง ทอด ไขมันสูง มีความเค็มหรือมีโซเดียมสูง<sup>8</sup>

จากข้อมูลการบริโภคผักและผลไม้ในเด็กวัยเรียน พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และนิยมบริโภคอาหารขยะเพิ่มสูง

ขึ้น โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร อีกทั้งยังมีความชุกของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนสูงสุดของประเทศ<sup>5</sup> การทราบข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานครได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารในประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบมีจำนวนน้อย ข้อมูลการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมไม่มีข้อมูลการบริโภคผักและผลไม้ที่เจาะจงในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาที่พบมีเพียงการศึกษาปัจจัยทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง<sup>9</sup> และการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี<sup>10</sup> เป็นพื้นที่ในภูมิภาคที่มีความแตกต่างกับกรุงเทพมหานครที่เป็นเมืองหลวงมีความเจริญอย่างมาก

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด The PRECEDE- PROCEED Model<sup>11</sup> ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ<sup>10</sup> อาชีพของผู้ปกครอง<sup>12</sup> ความรู้เรื่องผักและผลไม้<sup>13</sup>ทัศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้<sup>10</sup> ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาหารกลางวันที่โรงเรียน การขายหรือจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน แหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง<sup>9,10,14</sup> ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน<sup>15</sup> ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของผู้ปกครอง<sup>9,10,14</sup> อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน<sup>9</sup> และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้<sup>16</sup> ผลของการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาเป้าหมายและวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เด็กวัยเรียนสอดคล้องกับบริบทของกรุงเทพมหานครและเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนและในชุมชนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ความรู้เรื่องผักและผลไม้ ทักษะคิดต่อการบริโภคผักและผลไม้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาหารกลางวันโรงเรียน การขายหรือจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน แหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของผู้ปกครอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร

## สมมติฐานการวิจัย

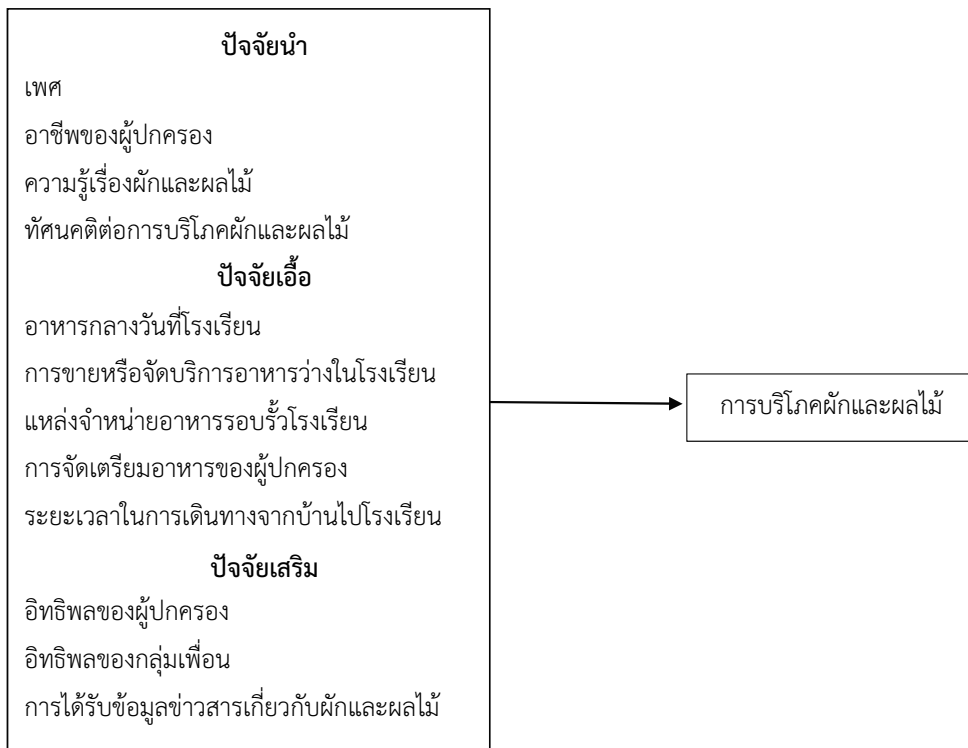
ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ความรู้เรื่องผักและผลไม้ ทักษะคิดต่อการบริโภคผักและผลไม้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาหารกลางวันโรงเรียน การขายหรือจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน แหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลของผู้ปกครอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานครได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนจากแนวคิด The PRECEDE- PROCEED Model<sup>11</sup> ในขั้นตอนของการ

### ตัวแปรอิสระ

### ตัวแปรตาม



วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน โดยมีปัจจัยเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้ง 3 ปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังแสดงในภาพที่ 1

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 จำนวน 37 โรงเรียน รวมทั้งหมด 3,567 คน<sup>7</sup>

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการวิเคราะห์สมการทำนายค่าตัวแปรจากหลายตัวแปรทำนาย<sup>17</sup> คือ  $n \geq 50 + 8m$  ( $n$  หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ  $m$  หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระ) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 146 คน ผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 175 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) และทำการศึกษานักเรียนทุกคนที่อยู่ในห้องเรียนที่สุ่มได้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริงทั้งหมด จำนวน 185 คน มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) โดยการแบ่งขนาดของโรงเรียนในสังกัดทั้ง 37 โรงเรียน เป็น 4 ขนาด ขนาดใหญ่พิเศษ 2 โรงเรียน ขนาดใหญ่ 16 โรงเรียน ขนาดกลาง 18 โรงเรียน และขนาดเล็ก 1 โรงเรียน จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ

ขั้นที่ 2 สุ่มโรงเรียนแต่ละขนาดโดยการจับฉลากมา ร้อยละ 10 เพื่อใช้เป็นตัวแทนของโรงเรียนในทุกระดับ ได้โรงเรียนทั้งหมด 6 โรงเรียน

ขั้นที่ 3 ในแต่ละโรงเรียนที่สุ่มได้ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยการจับฉลากห้องเรียน เพื่อให้ได้จำนวนนักเรียนตามสัดส่วนที่คำนวณ ทำการศึกษา

นักเรียนทุกคนที่อยู่ในห้องเรียนที่สุ่มได้

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีภาพผักและผลไม้ประกอบและสีสันสวยงามเหมือนจริง ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพของผู้ปกครอง บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ผู้จัดทำอาหารขณะอยู่ที่บ้าน อาหารกลางวันของนักเรียน ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน ความชอบผักและผลไม้ของนักเรียน ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของผักและผลไม้ ความถี่ ปริมาณ ชนิดของผักและผลไม้ที่ควรบริโภค ลักษณะของแบบสอบถามให้นักเรียนตอบถูกหรือผิด โดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ มีค่าพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเพื่อการพรรณนาตัวแปรแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และระดับไม่ดี (0-9 คะแนน)<sup>18</sup>

3. ทศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็น Likert scale 5 ระดับ 5-1 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยผลรวมของทัศนคติที่มากแสดงว่ามีทัศนคติที่ดี หรือเห็นด้วยมากต่อการบริโภคผักและผลไม้ และเพื่อการพรรณนาตัวแปรกำหนดเกณฑ์การให้ความหมายของระดับทัศนคติ คือ ระดับเห็นด้วยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00) เห็นด้วยมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50) เห็นด้วยปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) เห็นด้วยน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50)<sup>19</sup>

4. การเข้าถึงแหล่งที่เอื้อต่อการบริโภคผักและผลไม้ ประกอบด้วย อาหารกลางวันที่โรงเรียน การขายหรือจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน แหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน และการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง จำนวน 14 ข้อ

5. อิทธิพลของผู้ปกครองต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน จำนวน 8 ข้อ



6. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน จำนวน 7 ข้อ

7. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ จำนวน 9 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามชุดที่ 4-7 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของนักเรียนในรอบสัปดาห์ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ 4-1 คะแนน คือ ประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์) บ่อยครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) บางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เคยเลย (0 วันต่อสัปดาห์) ตามลำดับ ในการพรรณนาตัวแปร ได้กำหนดเกณฑ์การให้ความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ ระดับประจำ (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00) บ่อยครั้ง (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50) บางครั้ง (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50) และไม่เคยเลย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50)

8. การบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน คือ ความถี่ในการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนแต่ละวันในรอบสัปดาห์ จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 3-0 คะแนน คือ ประจำทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) บ่อยครั้ง (4-6 วันต่อสัปดาห์) บางครั้ง (1-3 วันต่อสัปดาห์) และไม่เคยเลย (0 วันต่อสัปดาห์) ตามลำดับ ในการพรรณนาตัวแปรได้กำหนดการให้ความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ ระดับประจำทุกวัน (ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00) บ่อยครั้ง (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50) บางครั้ง (ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50) และไม่เคยเลย (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.50)

นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ ชนิดของผักและผลไม้ ที่นักเรียนบริโภคจำแนกตามกลุ่มสีในแต่ละวันในรอบสัปดาห์ เพื่อประกอบการอภิปรายผล

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและครอบคลุมโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ถ้อยคำสำนวนเพื่อความเข้าใจ ลำดับความสำคัญก่อนหลัง ความซับซ้อนและความสอดคล้องต่อเนื่องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-8 มีค่าระหว่าง .78-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามชุดที่ 2 ความรู้เรื่องผักและผลไม้

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .68 ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 3-8 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75, .70, .75, .80, .71 และ .89 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 05-02-2561 วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2561 การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ได้ขอความยินยอมจากนักเรียนและผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองได้ลงนามอนุญาตในแบบยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล รวมทั้งได้รับความยินยอมจากนักเรียนในการเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบยินยอม การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ นามสกุลจริง จะถูกทำลายหลังการวิจัยสิ้นสุด ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่โรงเรียนในวันเวลาราชการและไม่รบกวนเวลาเรียนของนักเรียน โดยผู้วิจัยนัดหมายกับครูประจำชั้นเพื่อจัดเตรียมสถานที่ในห้องเรียนของนักเรียน ให้นักเรียนที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนั่งคนละโต๊ะห่างกันพอประมาณ แจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างนักเรียน และให้ตอบแบบสอบถามหลังตอบแบบสอบถามเสร็จให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกนำส่งผู้วิจัยโดยตรง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนโดยใช้สถิติ

วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)<sup>17</sup>

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 185 คน เพศชาย (ร้อยละ 52.40) เพศหญิง (ร้อยละ 46.60) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.8 ปี (SD = 0.39 ปี) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 64.30) บิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน (ร้อยละ 98.90) และ (ร้อยละ 85.90) ตามลำดับ ผู้จัดเตรียมอาหารสำหรับนักเรียนขณะอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ คือ มารดา (ร้อยละ 61.10) อาหารกลางวันของนักเรียนเกือบทั้งหมด คือ อาหารที่โรงเรียนจัดให้ (ร้อยละ 89.70) และระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียนเฉลี่ย 21.6 นาที (SD = 22.29 นาที)

2. ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การบริโภคผักและผลไม้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความถี่การบริโภคผักและผลไม้อยู่ในระดับบ่อยครั้ง (Mean = 1.85, SD = 0.55) คือ มีการบริโภคสัปดาห์ละ 4-6 วัน เมื่อ

พิจารณารายชื่อ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดสามอันดับแรก คือ บริโภคผลไม้สด (Mean = 2.32, SD = 0.74) รองลงมา คือ บริโภคผลไม้กลุ่มสีแดง (Mean = 2.28, SD = 0.81) และ บริโภคผลไม้กลุ่มสีม่วง สีนํ้าเงิน (Mean = 2.12, SD = 0.96) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากำหนดการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ตัวแปรที่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้สูงสุด คือ การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ( $\beta = .376, p < .001$ ) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ ( $\beta = .286, p < .001$ ) และทัศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้ ( $\beta = .171, p < .01$ ) ร่วมอธิบายความแปรปรวนของการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ได้ร้อยละ 31.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .318, R^2_{adj} = .307, F(3,181) = 28.128, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (n = 185)

ปัจจัย	ค่าที่เป็นไปได้	Mean	SD	ระดับ
ปัจจัยนำให้บริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน				
ความรู้เรื่องผักและผลไม้	0-15	10.68	2.24	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้	1-5	3.68	0.50	เห็นด้วยมาก
ปัจจัยเอื้อต่อการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน				
อาหารกลางวันที่โรงเรียน	1-4	2.90	0.62	บ่อยครั้ง
แหล่งจำหน่ายอาหารรอบรั้วโรงเรียน	1-4	2.57	0.92	บ่อยครั้ง
การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง	1-4	2.53	0.69	บ่อยครั้ง
การขายหรือจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน	1-4	2.32	0.68	บางครั้ง
ปัจจัยเสริมให้บริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน				
อิทธิพลของผู้ปกครอง	1-4	3.07	0.60	บ่อยครั้ง
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้	1-4	2.74	0.64	บ่อยครั้ง
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	1-4	2.50	0.78	บางครั้ง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความถี่การบริโภคผักและผลไม้ (n = 185)  
(ค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0.00-3.00)

การบริโภคผักและผลไม้	Mean	SD	ระดับการบริโภค
1. อาหารที่มีผักผสมอยู่	2.08	0.81	บ่อยครั้ง
2. ผักกลุ่มสีเขียว	1.89	0.95	บ่อยครั้ง
3. ผักสด	1.80	0.94	บ่อยครั้ง
4. ผักกลุ่มสีส้ม สีเหลือง	1.50	0.98	บางครั้ง
5. ผักกลุ่มสีขาว สีนํ้าตาล	1.50	0.99	บางครั้ง
6. ผักกลุ่มสีแดง	1.37	1.00	บางครั้ง
7. ผักกลุ่มสีม่วง สีนํ้าเงิน	1.24	1.03	บางครั้ง
8. ผลไม้สด	2.32	0.74	บ่อยครั้ง
9. ผลไม้กลุ่มสีแดง	2.28	0.81	บ่อยครั้ง
10. ผลไม้กลุ่มสีม่วง สีนํ้าเงิน	2.12	0.96	บ่อยครั้ง
11. ผลไม้กลุ่มสีส้ม สีเหลือง	2.05	0.90	บ่อยครั้ง
12. ผลไม้กลุ่มสีเขียว	2.00	0.98	บ่อยครั้ง
13. ผลไม้กลุ่มสีขาว	1.84	1.00	บ่อยครั้ง
รวม (Min = 0.46 , Max = 3.00)	1.85	0.55	บ่อยครั้ง

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับการบริโภคผักและผลไม้ (FVC) ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6  
(n = 185)

ตัวแปรพยากรณ์	สัญลักษณ์	B	SE (b)	Beta	t	p-value
การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง	(PPP)	.298	.053	.376	5.582	<.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักผลไม้	(INF)	.244	.058	.286	4.168	<.001
ทัศนคติต่อการบริโภคผักและผลไม้	(ATT)	.188	.069	.171	2.723	.007
ค่าคงที่		-.266	.322	-	-0.827	.409

$R^2 = .318$ ,  $R^2_{adj} = .307$ ,  $F(3,181) = 28.128$ ,  $p < .001$

สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$FVC = 0.298 (PPP) + 0.244 (INF) + 0.188 (ATT)$$

## อภิปรายผลการวิจัย

1. การบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า มีการบริโภคบ่อยครั้งสัปดาห์ละ 4-6 วัน มีการบริโภคผักและผลไม้ต่อวันปริมาณต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตามธงโภชนาการ (ร้อยละ 82.20) และ (ร้อยละ 53.30) แสดงว่าการบริโภคผักและผลไม้ยังไม่เหมาะสมทั้งความถี่และปริมาณ เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในระดับประเทศ พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี ส่วนใหญ่บริโภคผักไม่เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (ร้อยละ 95.0) และบริโภคผลไม้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 78.30)<sup>5</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดเตรียมผักและผลไม้ของผู้ปกครองยังไม่สามารถจัดเตรียมให้เด็กได้ทุกวันเนื่องจากการดำเนินชีวิตในกรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างเร่งรีบ เวลาในการเตรียมอาหารน้อยลง หรือไม่มีเวลาเตรียมอาหาร อาหารที่บริโภคส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาเตรียมน้อย เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป กึ่งสำเร็จรูป<sup>6</sup> เห็นได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การจัดเตรียมอาหารที่เป็นผักและผลไม้ของผู้ปกครองสำหรับนักเรียนอยู่ในระดับบ่อยครั้ง คือ มีการจัดเตรียมประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ จึงอาจส่งผลให้นักเรียนไม่ได้บริโภคผักและผลไม้ทุกวันและในปริมาณที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคผักและผลไม้ในระดับปานกลาง ปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในธงโภชนาการ ร้อยละ 79.60 และ 62.60 ตามลำดับ<sup>10</sup> และการศึกษาการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบว่า เด็กไม่ได้รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน การบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์<sup>9</sup>

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด คือ การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง ( $\beta =$

.376,  $p < .001$ ) รองลงมา คือ ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ ( $\beta = .286$ ,  $p < .001$ ) และปัจจัยนำ คือ ทักษะการบริโภคผักและผลไม้ ( $\beta = .171$ ,  $p < .01$ ) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน ได้ร้อยละ 31.80 มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .376$ ,  $p < .001$ ) อธิบายได้ว่าการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครองเป็นปัจจัยเอื้อให้เด็กเข้าถึงแหล่งผักและผลไม้ง่ายและเอื้อต่อการบริโภค ซึ่งการที่ผู้ปกครองที่บ้านจัดเตรียมผักหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของผักและผลไม้ให้นักเรียนบริโภคทั้งที่บ้าน ระหว่างเดินทาง และที่โรงเรียน ซึ่งทำให้นักเรียนมีแหล่งบริโภคเข้าถึงผักและผลไม้ได้ง่าย เนื่องจากเด็กยังอยู่ในวัยที่ไม่สามารถเตรียมอาหารด้วยตนเองได้ อีกทั้งผู้ปกครองอยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด จึงรู้ว่าเด็กชอบรับประทานผักและผลไม้ชนิดใด หรือชอบเมนูอาหารใด การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง จึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนเขตวัฒนา สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การมีแหล่งบริโภคเป็นตัวทำนายสูงสุดในการบริโภคอาหารของนักเรียน<sup>20</sup> เช่นเดียวกับพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การจัดอาหารที่มีผักของผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักของนักเรียน ( $\beta = .063$ ,  $p < .05$ ) โดยนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองทำอาหารหรือกับข้าวที่มีผักเป็นส่วนประกอบไว้ให้รับประทานเป็นประจำ มีพฤติกรรมการบริโภคผักดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่ทางบ้านทำอาหารหรือกับข้าวที่มีผักเป็นส่วนประกอบไว้ให้รับประทานบางครั้ง หรือไม่ได้ทำ<sup>10</sup>

2.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .286$ ,  $p < .001$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้เป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นในการกระทำ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากสื่อโฆษณา หรือสื่อบุคคลจึงเป็นเครื่องมือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภค<sup>21</sup> โดยเฉพาะข้อมูล

ข่าวสารจากสื่อที่นักเรียนเข้าถึงได้ง่าย ดังผลการศึกษานี้ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ครู โทรทัศน์ เพราะมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตเกือบทุกเรื่อง รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภค หากสื่อมีการนำเสนอ ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและผลไม้ นักเรียนก็จะรับเอาความรู้หรือความคิดเหล่านั้นและนำไปสู่การปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักเรียน เช่น ครู บุคลากรทางการแพทย์ ที่นักเรียนเคารพ เชื่อฟัง เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้จากบุคคลดังกล่าวก็จะมีผลทำให้นักเรียนปฏิบัติตามหรือแสดงพฤติกรรมนั้นต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่า สื่อโฆษณาทางโทรทัศน์มีผลต่อการบริโภคและโภชนาการของนักเรียน<sup>16</sup> หรือแม้แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านตัวบุคคล กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักเรียน ได้แก่ ครู ก็จะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ<sup>11</sup>

2.3 ทักษะคิดต่อการบริโภคผักและผลไม้ สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = .171, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า ทักษะคิดเป็นปัจจัยนำ หรือปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อต่อสิ่งต่างๆ โดยบ่งบอกแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรม เช่นเดียวกับการบริโภคผักและผลไม้ โดยหากนักเรียนมีทักษะคิดที่ดีต่อการบริโภคผักและผลไม้ ก็จะมีแนวโน้มในการบริโภคผักและผลไม้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอายุ 6-14 ปี พบว่า ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร กล่าวคือนักเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารในระดับดีจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีด้วย<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง พบว่าทักษะคิดต่อการบริโภคผักและผลไม้ ( $\beta = .188, p < .01$ ) และความชอบส่วนบุคคลในการบริโภคผักและผลไม้ ( $\beta = .120, p < .01$ ) สามารถร่วมทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาได้<sup>9</sup>

กล่าวคือ ปัจจัยนำ คือ ทักษะคิด เป็นปัจจัยที่เกิดก่อนพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลหรือแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเอื้อ คือ การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง เป็น

ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เกิดขึ้นจริง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรม และได้รับการกระตุ้นเตือน การแนะนำ ตลอดจนปฏิกิริยาที่ได้รับจากบุคคลอื่น

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ได้แก่

เพศ ไม่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้ เนื่องจากเพศชาย และเพศหญิงต่างได้รับความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ จากโรงเรียน ครอบครัว แหล่งข้อมูล ข่าวสาร และสื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ใกล้เคียงกัน ตลอดจนสังคมเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ใกล้เคียงกันมาก เด็กจะมีความคิดเกี่ยวกับการบริโภคคล้ายคลึงกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย เพศจึงไม่ได้เป็นตัวกำหนดความคิดความเชื่อ

อาชีพผู้ปกครอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในบริบทของกรุงเทพมหานครการบริโภคของประชาชนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ นิยมบริโภคอาหารที่หาซื้อได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อ อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป บริโภคอาหารนอกบ้าน ดังนั้นไม่ว่าผู้ปกครองจะประกอบอาชีพอะไร ทั้งอาชีพที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน หรืออยู่นอกบ้าน จึงมีรูปแบบพฤติกรรมการบริโภคหรือการจัดเตรียมอาหารสำหรับนักเรียนไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้อาชีพของผู้ปกครองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้

ความรู้เรื่องผักและผลไม้ ไม่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนได้ จากการศึกษานี้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 10.65, SD = 2.36$ ) และถึงแม้เป็นเช่นนั้นแต่อาจไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติ เพราะความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นการยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป

แหล่งที่เอื้อต่อการบริโภคผักและผลไม้ที่โรงเรียน ได้แก่ อาหารกลางวันที่โรงเรียน การขายและการจัดบริการอาหารว่างในโรงเรียน และแหล่งอาหารรอบรั้วโรงเรียน ไม่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนในการศึกษารุ่นนี้ได้อาจเนื่องมาจากผักและผลไม้ที่จัดให้ที่โรงเรียนเป็นบริษัทที่ค่อนข้างคงที่ นักเรียนได้รับไม่แตกต่างกัน

อิทธิพลของผู้ปกครอง เนื่องจากอิทธิพลของผู้ปกครอง

เป็นการสอบถามการรับรู้ของนักเรียนต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองในการบริโภค การซักถาม ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ พุดจูงใจ กระตุ้นเตือน ให้นักเรียนมีการบริโภคผักและผลไม้ ทั้งนี้การปฏิบัติของผู้ปกครองดังกล่าวอาจไม่ส่งผลให้เด็กบริโภคผักและผลไม้ เนื่องจากเด็กยังอยู่ในวัยที่ไม่สามารถเตรียมอาหารด้วยตนเองได้ ยังต้องการพึ่งพาผู้ปกครอง แม้จะได้รับคำแนะนำ หรือการบริโภคของผู้ปกครองเป็นตัวอย่าง แต่หากไม่มีผักและผลไม้ไว้สำหรับการบริโภคก็ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ไม่สามารถทำนายการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานครได้ เนื่องจากเด็กวัยนี้เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง ถึงแม้จะได้รับอิทธิพลจากเพื่อน แต่หากเป็นเรื่องที่ขัดกับความคิด ความชอบของตัวเองเด็กก็อาจไม่แสดงพฤติกรรมเหล่านั้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมตามปัจจัยทำนาย โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทัศนคติและนำกลุ่มบุคคล สื่อที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต ครู โทรทัศน์ ซึ่งนักเรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ตลอดจนนำผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ปกครองในการจัดเตรียมอาหารที่มีผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเอื้อและส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนต่อไป

2. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลนำผล

การวิจัยประกอบการสอน ในเนื้อหาเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียน เมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องไปปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนโดยเน้น การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักและผลไม้แก่เด็กวัยเรียน พัฒนากิจกรรม เพื่อให้เด็กชอบบริโภคผักและผลไม้ อีกทั้งส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ในการจัดหาผักและผลไม้ให้แก่เด็กวัยเรียน ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ผ่านสื่อ บุคคลอ้างอิงของนักเรียน

3. ผู้บริหารโรงเรียนนำไปเป็นข้อมูล กำหนดแนวทางร่วมกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน เรื่องการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาอย่างจริงจัง ให้มีการจัดผักและผลไม้ให้นักเรียนรับประทานเป็นประจำทุกวันทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยเน้นผักและผลไม้ที่เด็กชอบ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักและผลไม้ผ่านสื่อต่างๆ ตลอดจนส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักและผลไม้ผ่านสื่อการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในรูปแบบทดลองโดยพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาโดยนำตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ได้ หรือทำนายได้ดีที่สุด คือ การจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครอง การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ และการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักและผลไม้ มาเป็นตัวแปรในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของการวิจัยครั้งต่อไป

## References

1. Chongchaitet N. The Nutritional value of Fruit. Bangkok: Printing house for The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2010. (in Thai)
2. Kongkachuichai R, Charoensiri R. Vegetable and Nutrition. Bangkok: Sarakadee; 2011. (in Thai)
3. Kongkachuichai R, Charoensiri R. Fruit and Nutrition (Update Version). Bangkok: Sarakadee;2015. (in Thai)
4. Butryee C. Increasing Vegetable and fruit consumption. Bangkok: Printing house for The War Veterans Organization of Thailand; 2012. (in Thai)
5. Aekplakorn W, Mosuwan L, Ruangdaraganon N, Chanarong P, Sangsupawanich P, Satheannop-pakao W, et al. Report for Thai Health Survey on Physical Examination, 4<sup>th</sup> Time 2008-2009 [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 1]. Available fro[http://www.hisro.or.th/main/download/NHES4\\_CHILD.pdf](http://www.hisro.or.th/main/download/NHES4_CHILD.pdf) (in Thai)
6. Committee of Food-Consumption Guideline for Healthy Thai. Manuals for Nutritional Flag, Proper Eating for Happiness of Thailand. Bangkok: Printing House for Department of Land Transport; 2009. (in Thai)
7. Policies and Plan for Office of Educational Service Area, Bangkok. Schools and Children in the Office of Educational Service Area, Bangkok [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 1]. Available from <http://www.planbkk.com/mainpage> (in Thai)
8. Chaingkuntod S, Muttawangkul C, Chancharoen K, Hongkrailert N, Romnukul N, 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)
9. Klinkulab C, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors predicting fruit and vegetable consumption among grade 6 primary school students in Pa Mok District, Ang Thong Province. The Public Health Journal of Burapha University 2014;9(2):45-55. (in Thai)
10. Wannasri S, Therawiwat M, Imamee N, Chongsuwat R. Fruit and vegetable dietary behaviors in elementary school students, Surat Thani Province, Thailand. Journal of Health Education 2013;36(124):45-60. (in Thai)
11. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An education and environment approach. NewYork: McGrau Hill; 2005.
12. Pengprom K. Household Fruits Availability and Consumption of Junk Food Among Students Grade 7-9 in Bangkok. Thesis in Master of Science, Major in Nutrition and Dietetics, Faculty of Public Health, Mahidol University; 2008. (in Thai)
13. Eiumsa-ad P. Consuming behaviors in the grade 3 students in Arunpradit school, Mueang district, Phetchaburi province. Thesis in Master of Science, Major in Health Education, Faculty of Physical Education, Kasetsart University; 2009. (in Thai)

14. Pichairat A, Tiparat W. Effect of Health Alliance Program on Food Consumption and Exercise Behaviors, and Weight of Obese School Age Children in Rural Area, Trang Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2014;20(3):64-76. (in Thai)
15. Food and Nutrition Policy for Health Promotion. Complete Report for The Survey Campaign of Food Environmental in School, Around School, and Study of Food-Consumption Behavioral of School-Age Children and Related Factors, Stage 1 [Internet]. 2007 [cited 2018 Mar 1]. Available from [http:// www. fhpprogram.org/media/pdfs/reports/731cf5a3df094a7ed786bdb5d19c83df.pdf](http://www.fhpprogram.org/media/pdfs/reports/731cf5a3df094a7ed786bdb5d19c83df.pdf) (in Thai)
16. Chaiyasung P, Yakasem P, Chuthongrat N. Factors predicting food consumption behaviors of overweight elementary school students, grade 4-6. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2014;20(1):30-43. (in Thai)
17. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2007.
18. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
19. Katesing W. Mean for Meaning, The Easy That's Not Easy. *News for Educate Research* 1995;1(4):13. (in Thai)
20. Sawasdee S, Wimolwatwetee T, Viratsetsin K. Snack consumption behavior of students at high schools in wattana Districts, Bangkok. *Vajira Nursing Journal* 2007;9(1):1-11. (in Thai)
21. Nithitantiwat P, Udomsapaya W. Food consumption behavior among Thai Adolescents, impacts, and solutions. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chantaburi* 2017;28(1):122-8. (in Thai)



## บทความวิจัย

## ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน

## The Effectiveness of an Enhancing Motivation Program in Weight Reduction via Electronic Communication in Obese Nursing Students

Received: Dec 18, 2018

Revised: Jan 30, 2019

Accepted: Mar 8, 2019

อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ พยม. (Adul Wuttijurepan, M.N.S)<sup>1</sup>สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)<sup>2</sup>กฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนเรขา ป.ร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งถูกเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาขึ้นตามแบบจำลองแรงจูงใจ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก การใช้แอปพลิเคชันในการทบทวนความรู้ สร้างแรงจูงใจและติดตามพฤติกรรมลดน้ำหนัก 2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และ 4) สายวัดรอบเอว แบบสอบถามแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .89 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที และสถิตินอนพารามेटริก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** แรงจูงใจ, การลดน้ำหนัก, การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์, นักศึกษาพยาบาล, ภาวะอ้วน

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: adul@unc.ac.th

<sup>2</sup> Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepom@gmail.com

<sup>3</sup> อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

<sup>1,2</sup> Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

<sup>3</sup> Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental study, two-group pre-test and post-test design, was to investigate the effectiveness of an enhancing motivation program in weight reduction via electronic communication for obese nursing students. The study examined weight reduction motivation, weight reduction behaviors, waist circumference and body mass index. A simple random sampling method was used to recruit 60 obese nursing students from college of nursing. Then, 30 participants were assigned to the experimental group and 30 to the comparative group.

Research instruments included: 1) the enhancing motivation program in weight reduction via electronic communication developed based on a motivation model. The experiment duration was 8 weeks. The activities comprised of health education and skill practice on food consumption and exercises for weight reduction. The LINE application was used to review their knowledge, motivate, and follow up their weight reduction behaviors; 2) motivation in weight reduction and weight reduction behavior questionnaires; 3) a weighing scale; and 4) waist circumference. Content validity index of the questionnaires of motivation in weight reduction and weight reduction behaviors were .92, and .89, respectively. Cronbach's alpha coefficient were .90, and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and nonparametric statistics.

Results revealed that after enrolling the enhancing motivation program of weight reduction via electronic communication, motivation in weight reduction, and weight reduction behaviors of obese nursing students in the experimental group were significantly higher than before enrolling into the program as well as it was better than the comparative group ( $p < .05$ ). Mean of waist circumference and body mass index of the experimental group after enrolling into the program was significantly lower than before enrolling into the program as well as the comparative group ( $p < .05$ ).

**Keywords:** Electronic communication, motivation, nursing students, obesity, weight reduction

## บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสำคัญที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า โรคอ้วนทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ถึง 2559 โดยใน พ.ศ. 2559 ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1.9 พันล้านคน มีน้ำหนักเกิน และในจำนวนนี้มากกว่า 650 ล้านคน เป็นโรคอ้วน<sup>1</sup> จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-2547, 2552 และ 2557 พบความชุกของภาวะอ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานของคนเอเชีย (ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) พบว่าประชาชนกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยคิดเป็นร้อยละ 35.30, 39.10 และ 51.10 ตามลำดับ<sup>2,3</sup> ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอันนำไปสู่การเกิดโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราการตายก่อนวัยอันควรในวัยผู้ใหญ่<sup>4</sup>

นักศึกษาพยาบาล ถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-21 ปี พบว่ามีปัญหาภาวะอ้วนเช่นเดียวกัน จึงจำเป็นต้องต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขภาวะอ้วน หากไม่เช่นนั้นอาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานด้วยโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรังตามมา ดังข้อมูลการสำรวจสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อกระดูกหรือข้อ มากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โดยพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 21.00 และมีการทำกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอเพียงร้อยละ 7.00 เท่านั้น<sup>5</sup> นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพ ยังถูกคาดหวังจากสังคมในการเป็นแบบอย่างประชาชนด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน<sup>6</sup> การสำรวจภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2557-2559 พบว่านักศึกษาที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.72, 12.41 และ 14.73 ตามลำดับ<sup>7</sup> และนักศึกษาเคยใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ร้อยละ 27.32<sup>8</sup> ซึ่งกรมสุขภาพจิต กล่าวว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมักมีส่วนผสมของยาลดความอ้วน คือ ไซบูทรามิน และ เฟนเทอมีน

ซึ่งทำให้มีอาการทางประสาทอ่อน ๆ และจะมีมากขึ้น หากคนที่รับประทานมีปัญหา “โยโย่” ทำให้รับประทานอาหารมากขึ้นและอ้วนมากกว่าปกติ ทำให้เกิดความเครียดและหันกลับไปรับประทานยาตัวเดิมซ้ำอีก อาจเกิดการติดยาเสี่ยงอันตรายมากขึ้น เกิดปัญหาทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย<sup>9</sup>

ภาวะอ้วนมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ในส่วนสาเหตุภาวะอ้วนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เกิดจากอุปนิสัยคนอ้วน ทักษะคิดทางบวกต่ออาหาร ขาดการควบคุมตนเอง ขาดแรงจูงใจ ไม่มีเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง หรือตั้งเป้าหมายที่ต่ำกว่าความสามารถของตน และจัดการความเครียดไม่เหมาะสม<sup>10</sup> นโยบายและกลวิธีการแก้ไขปัญหภาวะอ้วนในนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีการพัฒนาหลักสูตรที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่นที่ได้พัฒนาขึ้นจากสภากาชาดพยาบาลร่วมกับ 4 ราชวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้ในการจัดการเรียนการสอน<sup>11</sup> สำหรับแนวทางแก้ไขปัญหาระดับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ ที่ผ่านมามุ่งพัฒนาผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาพลศึกษาและชมรมกีฬา โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายนักศึกษาพยาบาลโดยทั่วไป ไม่ได้เจาะจงเฉพาะนักศึกษาที่มีภาวะอ้วน จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน พบว่า กิจกรรมดังกล่าวไม่ได้ช่วยให้เกิดความตั้งใจในการลดน้ำหนักอย่างแท้จริงเพียงแต่กระทำไปเพื่อผ่านกิจกรรมตามรายวิชา

ในการศึกษาที่ผ่านมามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการลดน้ำหนักในนักศึกษาพยาบาลยังมีจำนวนน้อย ดังการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>12</sup> การใช้กรอบแนวคิด 3 อ. และแนวคิดเทคนิคกำกับตนเองของ Kanfer<sup>13</sup> ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้แนวคิดในเบื้องต้นว่าการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบกิจกรรมโดยใช้การสื่อสารแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียวอาจไม่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับนักศึกษาพยาบาลในยุคนี้อยู่ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม

Generation Y (เกิดช่วง พ.ศ. 2525-2548) ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีจากครอบครัว ก่อนข้างมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่ชอบการบังคับ เลือกและตัดสินใจกระทำด้วยตนเอง<sup>14</sup> อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด โดยใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน ก่อนข้างสูงในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรม Social Network<sup>15</sup> และนักศึกษาพยาบาลใช้ Facebook มากที่สุด รองลงมาคือ Line<sup>16</sup> เนื่องจากที่ผ่านมามีงานวิจัยการใช้ Facebook ในการลดน้ำหนัก<sup>17</sup> อีกทั้งมีผลการศึกษาพบว่าแอปพลิเคชันไลน์ใช้ได้ผลดีในการสื่อสารทางสุขภาพ<sup>18</sup> ดังนั้นการดูแลภาวะอ้วนในกลุ่มวัยนี้ต้องหาวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างแรงบันดาลใจเพื่อการลดน้ำหนัก จึงจะประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วยแอปพลิเคชันไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน โดยใช้แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller<sup>19</sup> อันจะนำไปสู่การลดน้ำหนักได้อย่างเหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาล และจะเป็นประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหานักศึกษาที่มีภาวะอ้วน รวมทั้งจะเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller<sup>19</sup> โดยเชื่อว่าแรงจูงใจทำให้ผู้เรียนเกิดทิศทางและความคงอยู่ของความพยายามสู่การลงมือปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้กระบวนการออกแบบการสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความใส่ใจ (attention) เป็นการกระตุ้นความสนใจ ความอยากรู้ของผู้เรียน 2) ความสัมพันธ์ (relevance) เป็นการรับรู้ของผู้เรียนว่ากิจกรรมการเรียนรู้สอดคล้องกับเป้าหมาย 3) ความเชื่อมั่น (confidence) เป็นการสร้างความคาดหวังเชิงบวกต่อ

ความสำเร็จ 4) ความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีจากผลลัพธ์พฤติกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ และ 5) การตัดสินใจด้วยตนเอง (volition) เป็นการกำกับตนเองให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน มีความรู้ เรื่องภาวะอ้วน อาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และฝึกทักษะการวิเคราะห์สมดุลพลังงานจากอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ทักษะการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ทำให้เกิดแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อันจะนำไปสู่การลดลงของเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์และลำปางที่มีภาวะอ้วน ปีการศึกษา 2560 จำนวน 121 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เป็นกลุ่มทดลอง และนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาในสถาบันที่มีบริบทใกล้เคียงกันในเรื่องโครงสร้างหลักสูตรและนโยบายบริหารการศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของนักศึกษาพยาบาลด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ซึ่งคาดว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัย<sup>12</sup> โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดของอิทธิพล (Effect size) ที่ .69 คำนวณด้วยโปรแกรม G\* Power ของ Faul, Erdfelder, Buchner และ Lang<sup>20</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ถูกสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จำนวน 30 ราย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 30 ราย ในการป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้าน เพศ เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  25 Kg/m<sup>2</sup>)
2. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น
3. ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน
4. ไม่รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/สมุนไพร/ยาเพื่อลดน้ำหนัก และ/หรือ หยุดรับประทานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี
5. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด
2. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะเก็บข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก คือ โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ซึ่งเป็นชุด

กิจกรรมการพัฒนาสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักโดยใช้ทั้งกิจกรรมการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ และการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารลดน้ำหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ภายใต้อำนวยการประกอบหลักตามแบบจำลองแรงจูงใจของ Keller<sup>19</sup> มีระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีกิจกรรมตามองค์ประกอบย่อย ดังนี้

1. การกระตุ้นความสนใจ (attention) โดยผู้วิจัยใช้กิจกรรมนันทนาการเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การใช้แอปพลิเคชันไลน์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก การตั้งคำถามเกี่ยวกับอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และผู้เข้าร่วมวิจัย รายงานผลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เส้นรอบเอว และน้ำหนักตัว

2. การปรับความสัมพันธ์ (relevance) โดยผู้วิจัยใช้กิจกรรมการสอบถามเป้าหมายการลดน้ำหนัก การสอบถามการเข้าร่วมโปรแกรมและปรับกิจกรรมของโปรแกรมให้เข้ากับเป้าหมาย

3. การสร้างความเชื่อมั่น (confidence) โดยผู้วิจัยใช้กิจกรรมการบรรยาย ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก การใช้แอปพลิเคชันไลน์นำเสนอวิถีทัศนตัวอย่างบุคคลที่ลดน้ำหนักได้สำเร็จ การชมเชยและแสดงสัญลักษณ์ให้กำลังใจ

4. การตอบสนองความพึงพอใจ (satisfaction) โดยผู้วิจัยใช้กิจกรรมสอบถามความพึงพอใจระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม การมอบรางวัลบุคคล และทีมที่ชนะการแข่งขันในการลดน้ำหนัก

5. การกระตุ้นให้มีการตัดสินใจด้วยตนเอง (volition) โดยผู้วิจัยใช้กิจกรรมฝึกวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จำลอง และผู้เข้าร่วมวิจัยใช้แอปพลิเคชัน FoodiEat ในบันทึกการเปลี่ยนแปลงสมรรถผลพลังงานแต่ละวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 2.1 แบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและพฤติกรรม

การลดน้ำหนัก ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก ระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือ โปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ จุดประสงค์หลักและความถี่ในการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก จำนวน 24 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คำตอบมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
1.00-1.50	แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.51-2.50	แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย
2.51-3.50	แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง
3.51-4.50	แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมาก
4.51-5.00	แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการลดน้ำหนัก จำนวน 38 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ เกือบทุกครั้ง บางครั้งนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
1.00-1.50	พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.51-2.50	พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย
2.51-3.50	พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง
3.51-4.50	พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมาก
4.51-5.00	พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจร่างกาย (ตรวจและบันทึกโดยผู้ช่วยวิจัย) ประกอบด้วย เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตเป็นแบบเติมคำตอบ มีจำนวน 5 ข้อ

ซึ่งส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .92 และ .89 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราวน์ เท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ

2.2 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากสำนักงานสนับสนุน

บริการสุขภาพ เขต 2 จังหวัดนครสวรรค์ มีหน่วยวัดกิโลกรัม ความละเอียดจุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง ซึ่งต้องชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องเดิมและกำหนดชั่งเป็นเวลาเดียวกัน

2.3 สายวัด เป็นอุปกรณ์สำหรับวัดเส้นรอบเอว โดยผู้ถ่วงวัดอยู่ในท่ายืน และวัดเส้นรอบเอวผ่านสะดือ ให้สายวัดแนบกับลำตัวไม่รัดแน่น วางอยู่ในแนวขนานกับพื้น ในช่วงหายใจออก มีหน่วยเป็นเซนติเมตร ค่าที่วัดได้เป็นตัวเลขจำนวนเต็ม ไม่คิดจุดทศนิยม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่อนุมัติ 15/2561 ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ประเมินระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และทำแบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ ฯ ในวันเดียวกับที่ลงโปรแกรม ฯ
2. ระยะดำเนินการทดลอง ได้รับการจัดการเรียนการสอน ตามมาตรฐานของหลักสูตร ร่วมกับโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 (5 สิงหาคม 2561 เวลา 09.00-16.00 น.) ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและกิจกรรมนันทนาการ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน และแนวทางแก้ไข การฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในรูปแบบ HIIT (High Intensity Interval Training) กิจกรรมตั้งเป้าหมายและวางแผนการลดน้ำหนัก

สัปดาห์ที่ 1-8 กิจกรรมทางแอปพลิเคชันไลน์ในการทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนักสัปดาห์ละ 2 วัน การรายงานบันทึกสมุดผลงานจากแอปพลิเคชัน FoodiEat สัปดาห์ละ 1 วัน รายงานผลพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ปัญหาและอุปสรรค สัปดาห์ละ 1 วัน ผ่านทางไลน์กลุ่มและบุคคล

หมายเหตุ ในสัปดาห์ที่ 5 มีกิจกรรมอบรมเชิง

ปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 (2 กันยายน 2561 เวลา 09.00-12.00 น.) เพื่อประชุมกลุ่มติดตามความก้าวหน้าการนำแผนการลดน้ำหนักไปปฏิบัติและประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ และสัปดาห์ที่ 8 มีกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3 (30 กันยายน 2561 เวลา 09.00-12.00 น.) เพื่อจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัลการแข่งขันลดน้ำหนัก

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (30 กันยายน 2561) ประเมินน้ำหนัก เส้นรอบเอว และทำแบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจ

#### กลุ่มเปรียบเทียบ

1. ระยะเวลาก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประเมินระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และทำแบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจฯ

2. ระยะดำเนินการทดลอง ได้รับการจัดการเรียนการสอน ตามมาตรฐานของหลักสูตร

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยประเมิน น้ำหนัก เส้นรอบเอว และทำแบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจ หลังจากนั้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 วัน และจัดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ และติดตามปัญหา อุปสรรคในการลดน้ำหนัก โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ แรงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ใช้สถิติที่ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ ได้แก่ การทดสอบการกระจายของข้อมูล ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติสามารถใช้สถิติ Independent t-test แต่ถ้าข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ มีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ ใช้สถิติ non-parametric statistics (Mann-Whitney U test) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการลดน้ำหนักมีการกระจายแบบโค้งปกติ ส่วนตัวแปรแรงใจในการลดน้ำหนัก เส้นรอบ

เอวและดัชนีมวลกายมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติที่ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ ได้แก่ การทดสอบการกระจายของข้อมูล ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติสามารถใช้สถิติ paired t-test แต่ถ้าข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ มีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติใช้สถิติ non-parametric statistics (Wilcoxon signed ranks test) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการลดน้ำหนักมีการกระจายแบบโค้งปกติ ส่วนตัวแปรแรงใจในการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด จำนวน 60 พบว่า เพศ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 20.63 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 20.43 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 76.66 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก ร้อยละ 96.66 และร้อยละ 93.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 96.70 และร้อยละ 93.30 โปรแกรมที่ใช้ในโทรศัพท์มือถือทั้งสองกลุ่มใช้แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 66.70 และร้อยละ 86.70 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติโคสแควร์ (Chi-square test) สถิติที (T-test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

2. แรงใจในการลดน้ำหนัก ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยแรงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมาก ซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2 และ 3

3. พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ของนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาวะอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วม

โปรแกรม ๑ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2 และ 3

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 60$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 30$ )		กลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 30$ )		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุ</b>	M = 20.63		SD = 1.12		$t = -.490$	.62
	M = 20.43		SD = 0.89			
19 ปี	5	16.66	6	20.00		
20 ปี	9	30.00	7	23.33		
21 ปี	10	33.33	15	50.00		
22 ปี	4	13.33	2	6.66		
23 ปี	2	6.66	-	-		
<b>บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน</b>					$\chi^2 = .417$	.51
ไม่มี	5	16.66	7	23.33		
มี	25	83.33	23	76.66		
<b>ประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก</b>						
ไม่มี	1	3.33	2	6.66	Fisher's	1.0
มี	29	96.66	28	93.33	Exact test	
<b>พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์</b>						
<b>ระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือ</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	1	3.33	2	6.66	Fisher's	1.0
มากกว่า 5 ปี	29	96.66	28	93.33	Exact test	
<b>ความถี่ในการใช้โปรแกรม</b>					$\chi^2 = 3.354$	.06
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง/วัน	10	33.33	4	13.33		
มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน	20	66.66	26	86.66		



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			ค่าสถิติ	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
<b>แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก</b>								
ก่อนเข้าร่วม	3.47	0.45	ปานกลาง	3.21	0.57	ปานกลาง	-1.702 <sup>a</sup>	.089
หลังเข้าร่วม	3.77	0.39	มาก	3.39	0.61	ปานกลาง	-2.530 <sup>a</sup>	.011*
<b>พฤติกรรมการลดน้ำหนัก</b>								
ก่อนเข้าร่วม	2.72	0.35	ปานกลาง	2.86	0.38	ปานกลาง	1.484 <sup>b</sup>	0.143
หลังเข้าร่วม	3.40	0.39	ปานกลาง	2.96	0.48	ปานกลาง	-3.857 <sup>b</sup>	<.001*
<b>เส้นรอบเอว</b>								
ก่อนเข้าร่วม	95.16	8.95		89.00	11.74		-2.962 <sup>a</sup>	.003*
หลังเข้าร่วม	92.40	10.47		90.40	12.41		-1.117 <sup>a</sup>	.264
<b>ดัชนีมวลกาย</b>								
ก่อนเข้าร่วม	31.72	0.82		29.56	0.69		-2.262 <sup>a</sup>	.024*
หลังเข้าร่วม	31.37	0.82		29.88	0.77		-1.789 <sup>a</sup>	.074

\* p-value < .05 , a = Mann-Whitney U test , b = Independent t- test

4. เส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 95.16 เซนติเมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 92.40 เซนติเมตร ซึ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 3 และ 4

5. ดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.72 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีดัชนีมวลกาย 31.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 3 และ 4

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน อภิปรายผลดังนี้

1. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจฯ สร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller<sup>19</sup> ที่มุ่งการสร้างแรงจูงใจที่เชื่อมโยงถึงทิศทาง มิติ และความคงอยู่ของพฤติกรรม ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีหลายเรื่อง<sup>12,13,17,21</sup> พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) และผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนักต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจพฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			ค่าสถิติ	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
<b>แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก</b>								
กลุ่มทดลอง	3.47	0.45	ปานกลาง	3.77	0.39	มาก	-3.264 <sup>a</sup>	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.20	0.56	ปานกลาง	3.39	0.61	ปานกลาง	-1.945 <sup>a</sup>	.052
<b>พฤติกรรมการลดน้ำหนัก</b>								
กลุ่มทดลอง	2.72	0.35	ปานกลาง	3.40	0.39	ปานกลาง	-7.981 <sup>b</sup>	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.86	0.38	ปานกลาง	2.96	0.48	ปานกลาง	-1.062 <sup>b</sup>	.297
<b>เส้นรอบเอว</b>								
กลุ่มทดลอง	95.16	8.95		92.40	10.47		-3.246 <sup>a</sup>	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	89.00	11.74		90.40	12.41		-2.044 <sup>a</sup>	.041*
<b>ดัชนีมวลกาย</b>								
กลุ่มทดลอง	31.72	0.82		31.37	0.82		-2.314 <sup>a</sup>	.021*
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.56	0.69		29.88	0.77		-1.935 <sup>a</sup>	.053

\* p-value < .05 , a = Wilcoxon signs ranked test , b = Paired t-test

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean	SD	Mann-Whitney U test	p-value
<b>เส้นรอบเอว</b>				
กลุ่มทดลอง	-2.76	3.94	-3.995	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.40	3.53		
<b>ดัชนีมวลกาย</b>				
กลุ่มทดลอง	-0.34	0.95	-3.112	.002*
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.32	0.93		

\* p-value < .05

เทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ ๆ สร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller<sup>17</sup> ที่อธิบายว่าพฤติกรรมกรรมการลงมือปฏิบัติเป็นผลมาจากการกระตุ้นความสนใจ การปรับความสัมพันธ์ การเสริมความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดทิศทางความพยายาม จนกระทั่งสู่การลงมือปฏิบัติด้วยกลวิธีควบคุมการกระทำ (การกำกับตนเอง) ผู้ที่มีแรงจูงใจสูงจะมีการคงอยู่ของความพยายาม จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย โดยโปรแกรม ๆ จัดกิจกรรมฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก กิจกรรมการวางแผนการลดน้ำหนักและปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายตามข้อตกลงของกลุ่มในวันอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อกำกับตนเองด้านการรักษาสมดุลพลังงานแต่ละวันโดยใช้แอปพลิเคชัน “FoodiEat” และรายงานผลพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาระดับปริญญาตรี<sup>12,13,17,22-23</sup> พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

การวิจัยครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักโดยรวมและรายด้านดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักยังอยู่ในระดับปานกลางเหมือนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเข้าสู่เดือนที่ 2 พบว่า นักศึกษาออกกำลังกายแบบ HIIT ลดลง อาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบกับการเพิ่มความหนักของทำในการออกกำลังกาย ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายลดลง ดังข้อความการรายงานผลการลดน้ำหนักทางแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างว่า “รู้สึกปวดหัวเข่าค่ะ ปวดแป้ๆ น่าจะมาจากออกกำลังกายทำสควอช คงจะย่อขาผิดนิดนึงค่ะ” ซึ่งในการเลือกประเภทหรือรูปแบบของการออกกำลังกายสำหรับคนอ้วนควรคำนึงความชอบ รู้สึกสนุก และ ไม่เป็นการฝืนจิตใจ โดยควรเริ่มจากช้าๆ เบาๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มเวลาและความหนักมากขึ้น เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในเรื่องของการบาดเจ็บทางระบบ

ข้อต่อและกล้ามเนื้อ เนื่องจากน้ำหนักมาก จึงทำให้ข้อต้องรับน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น<sup>24</sup>

2. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อเส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน พบว่าเส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจฯ ช่วยให้นักทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายได้ถี่ถี่การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อต่อการลดลงของเส้นรอบเอว<sup>25</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chotika Rachadaporn และ Benjabhorn<sup>21</sup> พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ที่มีภาวะอ้วน มีค่ารอบเอวเฉลี่ยลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจฯ ช่วยให้นักทดลองมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายตามหลักภาวะสมดุลพลังงานของร่างกาย<sup>26</sup> ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารควบคุมแคลอรี และใช้วิธีออกกำลังกายเพื่อช่วยเผาผลาญพลังงานส่วนเกิน สอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาระดับปริญญาตรี<sup>13,17,27,28</sup> พบว่ากลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนสามารถนำไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษาที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

2. โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอ้วน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ

ลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก

3. โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ควรคำนึงถึงความชอบ รู้สึกสนุกเหมาะกับกลุ่มเป้าหมายในวัยรุ่น และทำในการออกกำลังกายควรเริ่มจากช้าๆ เบาๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มเวลาและความหนักมากขึ้น ทั้งนี้ในช่วงเดือนแรกควรมีการประเมินความถูกต้องในท่าทางออกกำลังกายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในเรื่องของการบาดเจ็บทางระบบข้อต่อและกล้ามเนื้อเมื่อนำกลับไปปฏิบัติด้วยตนเอง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวและน้ำหนักน้อย ครั้งต่อไปผู้วิจัยจึงขอเสนอการเลือกกลุ่มตัวอย่างควรใกล้เคียงกันโดยมีเส้นรอบเอวต่างกันไม่เกิน 1 เซนติเมตร และดัชนีมวลกายต่างกันไม่เกิน 1 ตารางกิโลเมตร และเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมเป็น 3-6 เดือน

2. การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษามุ่งสร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนักด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักในระยะยาว เนื่องด้วยขณะดำเนินการตามโปรแกรมมา นักศึกษามีกิจกรรมการเรียนการสอนและกิจกรรมเตรียมรับน้อง ได้แก่ การสอบเก็บคะแนน การทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้นักศึกษาเกิดภาวะเครียดในการปรับตัวในสภาวะการณดังกล่าว ดังนั้นอาจมีเพิ่มการจัดการความเครียดเข้าไปในโปรแกรมครั้งต่อไป

3. รูปแบบกิจกรรมการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสร้างแรงจูงใจและพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักเป็นหลักซึ่งจากข้อมูลทั่วไปด้านพฤติกรรมการใช้โปรแกรมโทรศัพท์มือถือมีหลายแอปพลิเคชันที่นักศึกษาใช้ในชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้แอปพลิเคชันที่หลากหลายขึ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) อินสตาแกรม (Instagram) ทวิตเตอร์ (Twitter) เป็นต้น

4. ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของแรงจูงใจและพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนัก และการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย

### References

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Thaksaphon T, Sirinya P, Suladda P, Why Thais go fat?: Social determinants of obesity. Journal of Public Health 2011;20(1):126-43. (in Thai).
3. Wichai A, et al. Thai Health Examination by the 5<sup>th</sup> Physical Examination in 2014 [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>
4. Kanlayanee N. Overweight and Obesity among Thai School-aged Children and Adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses [Internet]. 1 [cited 2018 Jul 7];18(suppl.2):1. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101572>
5. Petsunee T, Tuangtip T, Krisada S, Viroj T. Health problems and health care behaviors among registered nurses in Thailand. Journal of Health Systems Research 2015;9(1):49-60. (in Thai).

6. Muireann Ky, Jane W, Rebecca J, Viv Sr. Should nurses be role models for healthy lifestyles? Results from a modified Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 2017;73(3):665-678.
7. Boromarajonani college of Nursing Uttaradit. Summary report of survey and analysis of Health check data of nursing students in academic year 2014-2016. Uttaradit: college of Nursing; 2017. (in Thai).
8. Kanyarat M, Jariya T, Chanathinat M, Thitikarn S, Tanawat M, Namfon L, et al. The Opinions on the use of weight loss products of nursing students at Boromarajonani college of Nursing Uttaradit [Research Report]. Uttaradit: college of Nursing Uttaradit; 2017. (in Thai).
9. MGR Online. Warning “pills” cause mental symptoms “Depression” [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 8]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9610000049362>
10. Sangtien T, Sirirak S. Problems and barriers, and the approaches to solve in losing weight of obese nursing students at Kuakarun Faculty of Nursing in Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing* 2016;23(2):7-30. (in Thai).
11. Roumporn K, Kanokwan S. Prevention and Resolution Excessive Weight: Removed Lessons Institute of Nursing. Bangkok: Vattana-printing; 2015. (in Thai).
12. Varunee S. The Effects of Health Education Program for weights loss by modification Self Efficacy theory and Social University. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 6]. Available from: [http://nursemis.rtu.ac.th/file\\_re/5giD0WRThu103547.HS\\_10.pdf](http://nursemis.rtu.ac.th/file_re/5giD0WRThu103547.HS_10.pdf)
13. Papasinee S, Tanida T. Development of health promotion programs to reduce the weight of student nurses Boromarajonani College of Nursing Suratthani are overweight. *Journal of Nursing and Education* 2016;9(3):80-94. (in Thai).
14. Thitipong T, Siriorn S. Nursing practice guidelines for managing overweight in adulthood. In: Siriorn S, editor. *Nursing practice guidelines for managing overweight*. Bangkok: Vattana-printing; 2015. p 55-76. (in Thai).
15. National Statistical Office. Summary results Survey on the use of information technology and household communication in 2016. 2016 [cited 2018 Sep 8]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh59.pdf>
16. Benjawan P, Sopit S, Pennapa P. Social media usage of student at Boromarajonani College of Nursing, Trang. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 6]. Available from: [https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload\\_doc/2016/proceeding/1470039248095721004342.pdf](https://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2016/proceeding/1470039248095721004342.pdf)
17. Ungsinun I, Anan M. The Effect of Health Behavior Modification based on Client Center Program to Self-Care Behavior of Obese Students [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/141.pdf>
18. Ampa L, Jariyawat K, Kanokporn N. The Effects of transactional program by home visit and application line on self-care behaviors in adolescent pregnant women with iron deficiency anemia. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019,35(1):48-58. (in Thai).

19. Keller, J. M. Motivational Design for Learning and Performance. New York: Springer; 2010.
20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Method 2009;41(4): 1149-60.
21. Chotika W, Rachadaporn M, Benjabhorn A. Modification of Health behavior of Naresuan University Students with Obesity. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/574/1/Fulltext.pdf>
22. Yupa N, Maimoonah A. The Effects of dietary and exercise self-regulation program on dietary and exercise behavior and body weight of obese students. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(2):78-92. (in Thai).
23. Sumalee K. The Effect of low calorie diet eating behavioral change guidelines for a weight reduction program among overweight and obese students. SDU Research Journal 2015;8(3):97-118. (in Thai).
24. Chanin L. Fat people with Exercise. [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 6]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=127>
25. Sonthaya, S. Physical Activities for Wellness. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2014. (in Thai).
26. Achara, D. Fundamentals of diet therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Odeon store; 2013. (in Thai).
27. Pattarachittra S, On-anong W, Bussaba T. Effect of the weight control program focusing on the modification of eating behavior in the overweight or obese university students. Thai Journal of Pharmacy Practice 2010;2(1):35-45. (in Thai).
28. Janna DS, Allison MY, Jerilyn A. Smartphone Technology and text messaging for weight loss in young adults: a randomized controlled trial. J Cardiovasc Nurs 2017;32(1):39-46.

**บทความวิจัย****สภาพการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ**  
**The Current Situation of Teaching for Health Promoting Smoking Prevention and Smoking Cessation of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok**

Received: Oct 12, 2018  
Revised: Dec 18, 2018  
Accepted: Feb 25, 2019

โสภา รักษาธรรม พย.ม. (Sopah Raksatham, M.N.S)<sup>1</sup>  
อุไร นิโรธนันท์ พย.ม. (Urai Nitrotnun, M.N.S)<sup>2</sup>  
ยุพารณณ์ ทิรไพรวงศ์ ปร.ด. (Yupaporn Tirapaiwong, Ph.D.)<sup>3</sup>

**บทคัดย่อ**

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ในผู้รับบริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย อาจารย์ประจำ จำนวน 30 คน และนักศึกษาพยาบาล-ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 105 คน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ในปีการศึกษา 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับอาจารย์ใช้แบบสอบถามสภาพการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ นักศึกษาใช้แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา 1) ด้านสภาพการจัดการเรียนการสอน พบว่า ไม่มีรายวิชาใดที่มีเนื้อหาการสอนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกทั้งในรายวิชาภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยเนื้อหาการสอนส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ โทษและพิษภัยบุหรี่ และการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง มีทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษากลุ่มใหญ่เคยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.70 และเคยให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.70

ผลการวิจัยนี้ เสนอแนะว่าควรพัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกัน และการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

**คำสำคัญ:** สภาพการจัดการเรียนการสอน, นักศึกษาพยาบาล, การป้องกันการสูบบุหรี่, การเลิกสูบบุหรี่

<sup>1,2,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ <sup>1</sup>E-mail: sopah.r@bcn.ac.th,

<sup>2</sup>E-mail: urai.n@bcn.ac.th <sup>3</sup>E-mail: yupaporn.t@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

## Abstract

Smoking is a major cause of illness and death. Nursing students are required to develop competencies in health promoting smoking prevention and smoking cessation for clients. This study aims to explore the teaching situation to develop health promotion competency related to smoking prevention and smoking cessation. Purposive sampling technique was used to recruit 30 full-time lecturers and 105 the fourth-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok in the 2014 academic year. Data were collected using focus group and a set of questionnaires including current situation of teaching for health promoting smoking prevention and smoking cessation for lecturer, knowledge, attitude, and behaviors related to promoting smoking prevention and smoking cessation for students. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

Results are as follows: 1) for the teaching situation, there was no specific course on smoking prevention and cessation but contents were integrated in some theoretical courses and nursing practicum. The majority of contents related to effects of smoking, adverse effects and toxic of cigarette, and nursing care on smoking reduction, abstain, and cessation; 2) in term of health promoting smoking prevention and smoking cessation, student knowledge was reported at moderate level whereas attitudes toward smoking prevention and cessation was at good to very good levels. Moreover, 85.7 percent of nursing students reported having experience in giving information about negative impacts of cigarettes to patients to prevent smoking meanwhile 86.7 percent of nursing students reported giving advices to patients on smoking cessation. This finding is useful for further planning to improve health promotion towards smoking prevention and cessation of undergraduate nursing students.

**Keywords:** teaching situation, nursing student, smoking prevention, smoking cessation

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย และเสียชีวิต โดยพบว่าโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และโรคมะเร็ง เป็นต้น โรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตายที่สูงกว่าสาเหตุอื่น<sup>1</sup> นอกจากนี้พบว่าในบุหรี่มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด สารบางชนิดเป็นอันตราย ที่สำคัญ คือ นิโคติน (nicotine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ทาร์หรือน้ำมันดิบ (Tar) เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น เป็นสาเหตุของมะเร็งปอด มะเร็งหลอดลม มะเร็งหลอดอาหาร และอื่นๆ มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ

โรคมะเร็งลำคอ การตั้งครรภ์และสุขภาพ ทำให้โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคหอบหืดมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น<sup>2</sup>

ปัจจุบันแม้ว่าประเทศไทยมีการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ โดยใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น การขึ้นภาษี และการห้ามโฆษณา และกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อการป้องกันการได้รับควันบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีการลงนามเห็นชอบจรรยาบรรณปฏิบัติ สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพกับการควบคุมยาสูบ โดยบุคลากรด้านสุขภาพต้องเป็นตัวอย่างกับสังคมในการไม่สูบบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ แต่จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย



อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>3</sup> ยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ภาพรวมทั้งประเทศสูงขึ้น คือ ร้อยละ 21.36 ซึ่งสูงกว่าปี 2550 (ร้อยละ 21.22) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ที่ 18.08 ปี เพศชายเท่ากับ 17.90 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 21.14 ปี ประชากรที่อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่คืออายุ 6 ขวบ<sup>4</sup>

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาการสูบบุหรี่จึงควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และพัฒนาแนวทางการป้องกันให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งด้านสาธารณสุข กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ หรือ สื่อสารมวลชน ตลอดจนประชาชนเอง วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดใน การช่วยสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เนื่องจากพยาบาลสามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพได้ง่ายกว่าวิชาชีพอื่น<sup>5</sup>

ดังนั้นในการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการสูบบุหรี่ และสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสมรรถนะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสภาการพยาบาลได้ประกาศสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ณ วันที่ 24 เมษายน 2552 มีสมรรถนะ 8 ด้าน ซึ่งสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ สมรรถนะที่ 2 ข้อ 2 คือ มีความรู้ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ข้อ 2.2 ใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพหลักการทางสุขศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด เป็นต้น ดังเช่น Poredi, Gandhi, Chandra, Wilson, และ Math ได้ศึกษาการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศอินเดีย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการสนับสนุนผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ แต่พบอุปสรรคสำคัญในการสนับสนุนหลายด้าน เช่น การขาดความรู้ในการสนับสนุนและการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ และไม่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้สูบบุหรี่ ใน

การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มเนื้อหาการควบคุมการสูบบุหรี่ไว้ในหลักสูตรสำหรับนักศึกษาพยาบาล<sup>6</sup>

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า มีการสอดแทรกความรู้ที่เกี่ยวกับบุหรี่ในการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับอนุบาล โดยมีการสอดแทรกเนื้อหาในกิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการเรียนของเด็ก และกระตุ้นการตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ในระดับประถมศึกษา การเรียนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ปรากฏในสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา นักเรียนจะได้เรียนเกี่ยวกับสารพิษในบุหรี่ โทษของบุหรี่ ข้อปฏิบัติในการป้องกันอันตรายของบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงเมื่อถูกชักชวนจากการสูบบุหรี่ในระดับมัธยมศึกษา วิธีการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในระดับอุดมศึกษา โดยมีการเรียนการสอนเป็นวิชาเลือกในมหาวิทยาลัย เช่น คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ คณะเภสัชศาสตร์ เป็นต้น นอกจากนี้มีการร่างหลักสูตรที่เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ หลักสูตรของ คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มีการจัดทำหลักสูตรเพื่อใช้ในการสอดแทรกในรายวิชาต่างๆ ที่เรียน และจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรตามบริบทของวิชาต่างๆ ซึ่งในขณะนี้แต่ละหลักสูตรที่ถูกพัฒนาขึ้น อยู่ในช่วงของการทดลองใช้และการประเมินผล<sup>7</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการศึกษา และเป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชน และนำประสบการณ์ที่ได้รับไปปฏิบัติในวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. สภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ ในด้านหลักสูตรและประมวลรายวิชาตามความคิดเห็นของอาจารย์ และนักศึกษา
2. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตามความคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอน และนักศึกษา และศึกษาคำความรู้สึก ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา คือ อาจารย์ประจำ จำนวน 59 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ใกล้จะสำเร็จการศึกษา รุ่นที่ 66 ปีการศึกษา 2557 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 119 คน ประจำปีการศึกษา 2557

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับอาจารย์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการควบคุมสูบบุหรี่ ความคิดเห็นต่อสภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่

2. แบบสอบถามสำหรับนักศึกษา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ ผู้วิจัยคัดมาจากตำราบุหรีกับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย<sup>7</sup>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการควบคุมยาสูบ พัฒนาโดย Wiangperm, Oungsakul และ Khamphiranon<sup>8</sup>

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เป็นแบบสอบถามปลายเปิดถามเกี่ยวกับความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชนโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการควบคุมยาสูบ โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 67 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (\*-coefficient) เท่ากับ 0.84

3. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 67 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.57 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นปานกลาง (Garrett, 1965)<sup>9</sup>

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร รหัสการออกใบอนุญาตเลขที่ 09/2558 วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ แบบสอบถามจะไม่มีภาระชื่อของผู้ตอบ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในส่วนของอาจารย์ โดยการแจกแบบสอบถาม มีอัตราการตอบกลับจากอาจารย์คิดเป็นร้อยละ 50.84 และจากนักศึกษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.24

หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนจำนวน 6 คน

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับสภาพการจัดการเรียน การสอน การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน และ ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุม ยาสูบ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของนักศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถาม ให้ตอบในชั้นเรียน หลังจากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก แบบสอบถามปลายเปิดและการสนทนากลุ่มด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์ประจำของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี กรุงเทพ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม ตัวอย่าง 30 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 43.60 ไม่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.30

สำหรับข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.20 มีอายุระหว่าง 21-24 ปี มีประสบการณ์ในการ สูบบุหรี่ ร้อยละ 4.80 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.90 มี สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.20

2. สภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้าน การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และการ ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2.1 ด้านหลักสูตรและประมวลรายวิชา (หลักสูตร ปรับปรุง พ.ศ. 2555)

ข้อมูลจากการศึกษาเล่มหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และประมวลรายวิชา (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555)<sup>10</sup> ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่า ไม่มีรายวิชาใด

ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่กำหนดไว้ในเล่ม หลักสูตร แต่พบว่ามีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุม การสูบบุหรี่ในบางรายวิชาที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของ การบริโภคยาสูบ และการพยาบาลเพื่อช่วยให้ลด ละเลิก การสูบบุหรี่ ได้แก่ วิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการ เจ็บป่วย วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน วิชาการ พยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ วิชาการพยาบาลบุคคลที่มี ปัญหาสุขภาพจิต วิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

2.2 การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ของอาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

พบว่า อาจารย์มีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และ ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.00 มีการนำเนื้อหาเกี่ยวกับ การป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มาเป็นส่วน หนึ่งในการบรรยายที่รับผิดชอบสอน ร้อยละ 50.00 อาจารย์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.00 ใช้เวลาในการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการ ควบคุมการบริโภคยาสูบ ประมาณ 15-30 นาที เนื้อหาที่สอน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องโทษและพิษภัยบุหรี่ ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่ ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายร่วมกับมอบหมายงาน ร้อยละ 46.70 มีการประเมินผลหลากหลายวิธี เช่น การสอบ การ ประเมินผลชิ้นงาน และการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมใน ชั้นเรียน

3. ด้านความรู้เรื่องบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมด้านความรู้ของ นักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=9.82, SD=1.71) และมีคะแนนระหว่าง 6-20 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน เมื่อ พิจารณาจำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่มีความรู้จำแนกตาม ระดับความรู้พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 94.29) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 3.81) และน้อยที่สุดคือระดับสูง (ร้อยละ 1.90) ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อสอบที่นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบถูก เป็นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อ สุขภาพ และหลักการช่วยเหลือให้เลิกยาสูบ ส่วนข้อสอบที่ นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบผิด เป็นเรื่องการป้องกันการบริโภค ยาสูบ และกฎหมายการควบคุมยาสูบ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับด้านความรู้เรื่องบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล (N=105)

คะแนนความรู้เรื่องบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้
0 - 6	4	3.81	ต่ำ
7 - 12	99	94.29	ปานกลาง
13 - 20	2	1.90	สูง
เฉลี่ยโดยรวม 9.82, SD=1.71			ปานกลาง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยรายข้อด้านทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล (N=105)

ทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่	Mean	SD	การแปลผล
1. การมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในตัวตึกและอาคารที่เป็นสถานที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ดี	4.85	0.38	ดีมาก
2. ผู้สูบบุหรี่ที่เกิดโรคแล้วไม่จำเป็นต้องเลิกบุหรี่เพราะสายเกินไป	3.85	1.61	ดี
3. บุหรี่จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ไม่ร้ายแรง	4.15	0.96	ดี
4. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลมากกว่าบุคลากรด้านการแพทย์	3.78	1.11	ดี
5. ไม่ใช่เรื่องยากที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้เองถ้าเขารู้ว่าบุหรี่มีโทษ	3.72	0.87	ดี
6. การออกกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเป็นสิ่งจำเป็น	4.37	0.81	ดี
7. หากมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่พยาบาลควรให้คำแนะนำช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่	4.59	0.49	ดีมาก
8. พยาบาลควรมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการรณรงค์ให้สังคมไทยปลอดบุหรี่	3.88	0.80	ดี
9. พยาบาลควรได้รับการอบรมการช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่	3.88	0.80	ดี
10. พยาบาลควรมีความสามารถในการป้องกันการสูบบุหรี่	4.06	0.73	ดี
11. พยาบาลควรมีความสามารถช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่	4.32	0.59	ดี
12. พยาบาลต้องประเมินประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย	4.32	0.59	ดี
13. พยาบาลต้องมีบทบาทให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่	4.45	0.58	ดี
14. การช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่เป็นงานที่ยากและทำให้เสียเวลา	3.78	1.11	ดี
15. พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยทุกรายให้เลิกสูบบุหรี่	3.88	0.80	ดี

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล (N=105)

พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ และเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	86	81.90
2. เคยสอนให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงพิษภัยบุหรี่ (n=90)	90	85.70
สม่ำเสมอ	17	18.90
บ่อยครั้ง	46	51.10
นานๆ ครั้ง	27	30.00
3. เคยถามประวัติการสูบบุหรี่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล (n=98)	98	93.30
สม่ำเสมอ	39	39.80
บ่อยครั้ง	42	42.90
นานๆ ครั้ง	17	17.30
4. เคยให้คำแนะนำผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ (n=91)	91	86.70
สม่ำเสมอ	20	21.90
บ่อยครั้ง	42	46.20
นานๆ ครั้ง	29	31.90
5. เคยประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (n=57)	57	54.30
สม่ำเสมอ	7	12.20
บ่อยครั้ง	25	43.90
นานๆ ครั้ง	25	43.90
6. เคยวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วย (n=54)	54	51.40
สม่ำเสมอ	6	11.10
บ่อยครั้ง	16	29.60
นานๆ ครั้ง	32	59.30
7. เคยติดตามประเมินผลและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ (n=52)	52	49.50
สม่ำเสมอ	4	7.70
บ่อยครั้ง	16	30.80
นานๆ ครั้ง	32	61.50

#### 4. ด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน อยู่ระหว่าง 3.78-4.85 มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 63.10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์แล้วพบว่านักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 2

#### 5. ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

**5.1 พฤติกรรมการส่งเสริมด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล** พบว่า นักศึกษามีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.20 ส่วนใหญ่เคยสอนหรือให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ร้อยละ 67.60 เคยสอนหรือให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.50

#### 5.2 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อเพื่อนของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีเพื่อนสูบบุหรี่ ร้อยละ 89.50 เคยให้คำแนะนำเพื่อนเพื่อให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 เคยให้คำแนะนำเพื่อนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.30

#### 5.3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ และเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 81.90 ส่วนใหญ่เคยให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่ ร้อยละ 85.70 เคยถามประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล ร้อยละ 93.30 เคยให้คำแนะนำผู้ป่วยสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.70 เคยวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วย ร้อยละ 51.40 เคยติดตามประเมินผล และให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.50 แสดงในตารางที่ 3

#### 6. ด้านความคิดเห็นต่อสภาพการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของอาจารย์ ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

เป็นความคิดเห็นที่ได้จากแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด และจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยวิเคราะห์แยกตามการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียด ดังนี้

**6.1 ภาคทฤษฎี** อาจารย์ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่มีการระบุหัวข้อการสอนไว้อย่างชัดเจน ไม่เห็นกระบวนการสอน หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนเนื้อหาสาระโดยตรงของวิชา มีเพียงการสอดแทรกความรู้ เรื่องพิษภัยของบุหรี่ในเนื้อหาการเรียนที่พอจะเกี่ยวข้อง เช่น วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 สอนเรื่องผลกระทบของยาสูบที่มีต่อทารกในครรภ์ การป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 มีการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเสพติด ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เช่น เรื่องรกลอกตัวก่อนกำหนดจากมารดาสูบบุหรี่ ในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ได้บูรณาการเนื้อหาการควบคุมยาสูบกับหัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

**6.2 ภาคปฏิบัติ** พบว่า ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1, 2, 3 มีแบบประเมินที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องประเมินข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย และครอบครัวที่รับไว้ในความดูแลทุกราย หากพบผู้ป่วยหรือครอบครัวรายใดมีประวัติการใช้บุหรี่ อาจารย์ผู้สอนจะสอนให้นักศึกษาพยาบาล วางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 และ 2 นักศึกษาพยาบาลจะต้องประเมินครอบครัวและชุมชน หากพบมีปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จะนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ เพื่อสะท้อนให้เห็นในชุมชน เห็นความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้เกิดความต้องการในการแก้ปัญหา ร่วมกันของคนในชุมชน ในลักษณะการจัดโครงการแก้ไขปัญหา กรณีเป็นครอบครัวที่ต้องเยี่ยมบ้าน มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ แนะนำให้ใช้หลัก 5 A เป็นแนวทางปฏิบัติ

**6.3 ข้อเสนอแนะ** ต่อการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

อาจารย์ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้การสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น โดยกำหนดเนื้อหาในรายวิชาใดรายวิชาหนึ่งทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ควรมีนโยบายมีการประชุมอาจารย์รวมทุกภาควิชาภายในวิทยาลัยฯ วางแผนบูรณาการความรู้เรื่องการควบคุมยาสูบร่วมกัน เพื่อให้มีแผนการสอนที่ชัดเจน เนื้อหาไม่ซ้ำซ้อน และอาจช่วยให้ได้ใช้เวลาที่มีจำกัดได้อย่างคุ้มค่า การปรับรูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนในวิชาทฤษฎี การส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์นำความรู้ภาคทฤษฎีนำไปสู่ภาคปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม

## 7. ด้านความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

เป็นความคิดเห็นที่ได้จากแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิด และจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยวิเคราะห์แยกตามกิจกรรมการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียด ดังนี้

**7.1 ภาคทฤษฎี** นักศึกษาส่วนใหญ่ จำนวน 89 คน (ร้อยละ 93.68) แสดงความคิดเห็นว่า ไม่มีรายวิชาที่มีหัวข้อการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ แต่พบว่ามีการสอนสอดแทรกในบางรายวิชาเวลาในการสอนน้อยมากประมาณ 30 นาที ในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน1 วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีการเรียนการสอนแบบแบ่งกลุ่ม โดยอาจารย์จะจำลองสถานการณ์ผู้ป่วยในแต่ละช่วงวัย และมีปัญหาสุขภาพต่างๆ มาให้นักศึกษา ได้ฝึกทดลองให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

**7.2 ภาคปฏิบัติ** มีโครงการอนามัยโรงเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน1 อาจารย์มอบหมายให้นักศึกษาสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ส่วนของการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย เมื่อนักศึกษาซักประวัติผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยสูบบุหรี่ก็จะศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเองในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่และให้คำแนะนำ ไม่สามารถให้คำแนะนำเชิงลึกได้ เนื่องจากขาดประสบการณ์ และความรู้ในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ไม่มากพอ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่

**7.3 ข้อเสนอแนะต่อการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ** นักศึกษาส่วนใหญ่ 89 คน (ร้อยละ 93.68) คิดว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อที่นักศึกษาจะมีความมั่นใจก่อนลงมือปฏิบัติ และเพื่อช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ เช่น สอนเนื้อหาโทษ และพิษภัยของบุหรี่ แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ และควรมีโรงพยาบาลหรือจำลองสถานการณ์ให้นักศึกษาฝึกให้คำแนะนำ

## อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

จากผลการศึกษาพบว่า สภาพการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพไม่มีรายวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนที่เฉพาะสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และประมวลรายวิชา (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555)<sup>10</sup>

อย่างไรก็ตามแม้ไม่มีการกำหนดในหลักสูตรและประมวลรายวิชา แต่ผู้บริหารของวิทยาลัยในฐานะที่เป็นสถาบันผลิตบุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จึงมีการกำหนดนโยบายของวิทยาลัยและมาตรการที่ให้อาจารย์ในแต่ละภาควิชาแนะนำเนื้อหาการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในเนื้อหาในรายวิชา โดยอาจารย์มีการจัดเนื้อหาความรู้สอดแทรกในรายวิชาทฤษฎี และปฏิบัติเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคยาสูบ และการพยาบาลเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ โดยเน้นการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้วิทยาลัยได้เริ่มดำเนินการรณรงค์การลด ละ เลิกบุหรี่อย่างชัดเจนจากกิจกรรมต่างๆ และการติดป้ายด้านหน้าวิทยาลัยที่เขียนว่า “สถานที่นี้ปลอดบุหรี่ 100%” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดตาม

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อาการมหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นสถานที่ที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่<sup>11</sup> จากการรณรงค์ดังกล่าวร่วมกับการมีนโยบายสนับสนุนให้การจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อย่างชัดเจนทำให้อาจารย์ของวิทยาลัย มีความตระหนักในบทบาทของอาจารย์พยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมซึ่งเห็นได้จากทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นคล้ายกันว่า ถึงแม้ว่าการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยไม่ได้มีการระบุหัวข้อการสอนเกี่ยวกับการป้องกันหรือส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ไว้อย่างชัดเจน แต่มีการสอดแทรกความรู้เรื่องผลกระทบของการบริโภคยาสูบ โทษและพิษภัยบุหรี่ และการพยาบาลเพื่อช่วยให้ลด ละ เลิกการบริโภคบุหรี่ในเนื้อหาการเรียนในแต่ละกลุ่มผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาทางการพยาบาลต่างๆ ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

## 2. ด้านความรู้เรื่องบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ข้อสอบที่นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบถูก เป็นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อสุขภาพ และหลักการช่วยเหลือให้เลิกยาสูบ ส่วนข้อสอบที่นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบผิด เป็นเรื่อง แนวทางการป้องกันการบริโภคยาสูบ และกฎหมายการควบคุมยาสูบ อภิปรายได้ว่า จากการที่อาจารย์ผู้สอนได้สอดแทรกเนื้อหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับพิษภัยยาสูบต่อสุขภาพในส่วนของภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติมักจะพบผู้ป่วยหรือญาติที่สูบบุหรี่ นักศึกษาพยาบาลจะให้คำแนะนำเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ และต้องนำไปบูรณาการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ยกตัวอย่าง เช่น อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 จะมอบหมายให้นักศึกษาสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ในชุมชน ทำให้นักศึกษามีความรู้ และประสบการณ์เรื่องพิษภัยยาสูบต่อสุขภาพและการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

## 3. ด้านทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Poreddi และคณะ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติในทางบวก มีความมุ่งมั่นต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่<sup>6</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalampakorn และคณะ ที่พบว่านักศึกษาสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบทบาทของนักสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ<sup>12</sup> เช่นกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิทยาลัยมีการรณรงค์การป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ การทำป้ายเป็นเขตห้ามสูบบุหรี่ 100% ร่วมกับการมีนโยบายสนับสนุนให้การจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อย่างชัดเจน

## 4. ด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ เคยสอนหรือให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนให้เลิกสูบบุหรี่ มีการชักประวัติการสูบบุหรี่ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล และให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ เคยวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วย อภิปรายได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ในด้านความรู้ และทัศนคติที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในเรื่องบุหรี่ระดับปานกลาง มีทัศนคติต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชนไปในทิศทางที่ดี ประกอบกับวิทยาลัย มีนโยบายและการรณรงค์การป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และมีความร่วมมือกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในโครงการการควบคุมการสูบบุหรี่ จึงทำให้มีสื่อการเรียนรู้ที่เอื้อและสนับสนุนจึงทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่

อย่างไรก็ตามในการสนทนากลุ่ม นักศึกษาให้ข้อมูลว่า ไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกแก่ผู้สูบบุหรี่ได้ เนื่องจากขาด



ประสบการณ์ และความรู้ไม่แน่นพอ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ Poredi และคณะ ที่ศึกษาการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศอินเดียพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอุปสรรคสำคัญในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่หลายด้าน ทั้งในด้านการขาดความมั่นใจ การขาดความรู้ในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ และไม่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้สูบบุหรี่<sup>6</sup> และจากการศึกษาของ Yaowares พบว่าวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทมากที่สุดในการให้บริการเลิกบุหรี่ รองลงมาคือ แพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข<sup>5</sup> ในการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าวิทยาลัยควรเพิ่มเนื้อหาการควบคุมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ไว้ในหลักสูตรสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้การรักษการเลิกสูบบุหรี่แก่นักศึกษานั้นได้ผลดีทั้งในด้านความรู้ การเสริมสร้างความมั่นใจแก่นักศึกษาในการใช้ความรู้ และทักษะในการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น<sup>13</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนให้การศึกษาดลอดหลักสูตร เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ของนักศึกษาพยาบาล

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้กระบวนการสะท้อนคิด หรือโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลต่อการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ ที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัย

### References

1. Termsirikulchai L, Kengganpanich M, Suwun P, Nakju S. Tobacco Control. Bangkok: Charoen Dee Munkong Printing; 2007. (in Thai)
2. Sayorwan W, Sakulkim S, Pupjain S. Knowledge of cigarettes and instruction for cigarette prevention in Thailand. Advanced Science Journal 2010;10(2):249-54. (in Thai)
3. Statistical Forecasting Bureau National Statistical Office. The smoking and Drinking behavior survey 2011. Bangkok, Thailand, Text and Journal Publication Ltd.; 2012. (in Thai)
4. Pitajanangarit S, Sommit K, Iamanan P. Summary of situation on Tobacco control in Thailand 2011. Bangkok: Charoen Dee Munkong Printing; 2011. (in Thai)
5. Yaowares P. Process of cessation clinics in governmental hospitals. Journal of Tobacco Control (Thailand) 2007;1(2):29-41. (in Thai)
6. Poredi V, Gandhi S, Chandra R, Wilson A, Math S. Smoking cessation support: Indian nursing students' perceived barriers. British journal of nursing. 2015;24(22):1120-8.
7. Senadisai S, Kalampakorn S. Cigarette and Health: A role of nurse on tobacco control. Bangkok: Benchaphon Printing; 2012. (in Thai)

8. Wiangperm S, Oungsakul L, Khamphiranon U. Effect of Tobacco Control Instruction Program on Knowledge Attitude and Tobacco Cessation Skill Among Nursing Students at Boromarajonani college of Nursing, Nakhonratchasima. Praboromarajchanok Institute, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health Thailand; 2010. (in Thai)
9. Srisuk K. Research methodology. Chiangmai: Krongchang Printing; 2009. (in Thai)
10. Boromarajonani college of Nursing, Bangkok. Bachelor of Nursing Science (B.N.S.). Praboromara-jchanok Institute, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health Thailand 2012. (in Thai)
11. Bureau of Tobacco Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Non-smokers' Health Protection Act B.E. 2535. Bangkok: Printing of Agricultural Cooperatives of Thailand; 2012. (in Thai)
12. Kalampakorn S, Kerdmuagn S, Sirichotiratana N. Global Health Professionals Survey-GHPS in Public Health Profession. Tobacco Control Research and Knowledge management Center; 2008. (in Thai)
13. Butler KM, Rayens MK, Zhang M, Maggio LG, Riker C, Hahn EJ. Tobacco dependence treatment education for baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education* 2009;48(5):249-54.

## บทความวิจัย

## เปรียบเทียบผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง “หลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก” กับวิธีการสอนปกติที่มีต่อระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

### A Comparison of the Effectiveness of Using Electronic Book Entitled “Principles of Pediatric Nursing” and Traditional Learning Methods on Learning Achievement and Satisfaction of Nursing Students

Received: Oct 5, 2018  
Revised: Dec 18, 2018  
Accepted: Feb 25, 2019

สุदारัตน์ วงศ์จุลชาติ พย.ม. (Sudarat Vongchulachat, M.N.S.)<sup>1</sup>

สุนีย์ อินทร์สิงห์ พย.ม. (Suneer Insing, M.N.S.)<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กกับวิธีการสอนแบบปกติ 2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของนักศึกษาระหว่างการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับวิธีการสอนแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 1) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ทดลองใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.67 อยู่ในระดับดีมากที่สุด ค่าเฉลี่ย = 4.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.16 2) คู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก 3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน ทดลองใช้หาค่าความเชื่อมั่น มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน ทดลองใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนของกลุ่มที่เรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กมากกว่ากลุ่มที่เรียนด้วยวิธีการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) คะแนนเฉลี่ยปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กของกลุ่มที่เรียนด้วยหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์มากกว่ากลุ่มที่เรียนด้วยวิธีการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเรียนของกลุ่มที่เรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และกลุ่มที่เรียนด้วยวิธีการสอนแบบปกติในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กเป็นแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเองวิธีหนึ่งที่ใช้ควบคู่กับวิธีการสอนแบบปกติ เพื่อเสริมการเรียนรู้ก่อนฝึกปฏิบัติและนักศึกษาที่มีความพึงพอใจในการเรียน

**คำสำคัญ:** หนังสืออิเล็กทรอนิกส์, หลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, ความพึงพอใจ, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: sudarat.v@slc.ac.th

<sup>2</sup> อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: suneer@slc.ac.th  
Faculty of Nursing Saint Louis College, Bangkok, Thailand.

### Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to: 1) compare learning achievements of the students who learned with the electronic books entitled “Principles of Pediatric Nursing” with the students who learned by the traditional teaching; and 2) compare the satisfaction of students who learned with the electronic books entitled “Principles of Pediatric Nursing” with the students who learned by the traditional teaching. There were 30 participants in each group selected from the third-year nursing students at the Faculty of Nursing, Saint Louis College. Research instruments included: 1) the electronic books entitled “principles of pediatric nursing”; 2) the printed-manual of the principles of pediatric nursing procedures; 3) an achievement test; KR-20 was 0.84; 4) procedure checklist; 5) a questionnaire to measure student satisfaction with electronic book teaching and traditional teaching; Cronbach’s alpha coefficient was 0.94.

The findings of this study were as follows: 1) Paired t-test revealed significantly higher Principles of Pediatric Nursing knowledge average scores in the post-test of the students who learned with the electronic books than the pre-test scores ( $p < .001$ ); 2) mean scores on performing principles of pediatric nursing of the students who learned with the electronic books was significantly higher than the students who learned by the traditional teaching ( $p < .001$ ); and 3) mean score of satisfaction on learning with the electronic book and traditional teaching were at high level, but not significant differences.

The results indicated that an electronic book was found to increase academic achievement of both knowledge and skill of principles of pediatric nursing. The use of electronic book to enhance learning process complements traditional teaching.

**Keywords:** electronic book, principle of pediatric nursing, learning achievement, satisfaction, nursing student

## บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงประกอบไปด้วยการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ผู้สอนต้องวางแผนจัดการเรียนการสอนที่สามารถเสริมสร้างทักษะทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ การจัดการเรียนรู้ที่สามารถให้ผู้เรียนนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ เป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์<sup>1</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 เป็นรายวิชาภาคปฏิบัติ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 โดยนักศึกษาต้องผ่านการเรียนรายวิชาหลักการพยาบาลพื้นฐานซึ่งเน้นหลักการพยาบาลในผู้รับบริการผู้ใหญ่ และต้องผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 และ 2 ซึ่งเป็นรายวิชาภาคทฤษฎี ถึงแม้ว่าอาจารย์ผู้สอนได้สอดแทรกหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กที่อยู่ในรายวิชาภาคทฤษฎีไว้บ้างแล้ว แต่เมื่อนักศึกษาจะฝึกปฏิบัติงานจริง นักศึกษาจะต้องมีการเตรียมความพร้อม และฝึกทักษะเพื่อให้มีความแม่นยำในหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กมากขึ้น เนื่องจากการดูแลให้การพยาบาลเด็กป่วย พยาบาลต้องกระทำด้วยความละเอียด นุ่มนวล รอบคอบ มีความมั่นใจ มีทักษะความชำนาญพอที่จะให้การดูแลพยาบาลเด็กป่วยนั้นมีความปลอดภัยและสุขสบาย ดังนั้นผู้เรียนและผู้สอนต้องมีความเข้าใจตรงกันในการฝึกปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ซึ่งการสอนแบบปกติ ผู้สอนจัดทำคู่มือการฝึกปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้มีแนวทางในการสังเกตการสาธิตของผู้สอน ได้ทบทวนวิธีการปฏิบัติจากคู่มือก่อนสอบสาธิตย้อนกลับก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง จากผลการเตรียมความพร้อม และการฝึกปฏิบัติงานของปีที่ผ่านมา มาพบว่า การสอบสาธิตย้อนกลับมีนักศึกษาบางส่วนสอบไม่ผ่านครั้งที่ 1 จะต้องสอบซ้ำจนกว่าจะผ่านจึงจะฝึกปฏิบัติงานได้ และเมื่อไปฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริงมีนักศึกษาบางรายไม่สามารถจดจำขั้นตอนต่างๆ ได้ทั้งหมด อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติจะต้องกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อสอบถามนักศึกษาพบว่าไม่ได้ทบทวนคู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ก่อนจะขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

เนื่องจากเป็นตัวหนังสือที่อธิบายขั้นตอนอย่างละเอียด ไม่น่าอ่าน และสิ้นขั้นตอนที่อาจารย์สาธิตให้ดูก่อนฝึกปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาคู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กจากที่เป็นหนังสือกระดาษให้เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งประกอบด้วยส่วนเนื้อหาที่อธิบายโดยใช้คำหลัก กะทัดรัด มีภาพวาดประกอบคำอธิบาย มีภาพเคลื่อนไหวที่เป็นวีดิทัศน์ แสดงการสาธิตวิธีการปฏิบัติซึ่งนักศึกษาสามารถเปิดดูซ้ำเมื่อใดก็ได้ลดระยะเวลาและภาระงานที่อาจารย์จะต้องสาธิตวิธีการปฏิบัติเมื่อมีการเปลี่ยนกลุ่มนักศึกษา นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเสียงเพลงประกอบเพื่อช่วยให้นักศึกษาผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยสร้างความสนใจ นักศึกษาสามารถทบทวนบทเรียนได้ด้วยตนเอง ตรวจสอบความเข้าใจได้ด้วยการทำแบบฝึกหัดหลังเรียน โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ว่าจะต้องอยู่ในห้องเรียนที่มีอาจารย์สาธิตให้ดูเท่านั้น การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จะต้องต่อเชื่อมกับสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผ่านเครื่องมือสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือโทรศัพท์มือถือ จากการสำรวจพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 100 ใช้โทรศัพท์มือถือรุ่นสมาร์ตโฟน และสามารถเชื่อมสัญญาณ WI-FI หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

ในศตวรรษที่ 21 โลกก้าวเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ทำให้วิถีการเรียนรู้ การดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว และเข้ามามีบทบาทใน ด้านการศึกษาเป็นอย่างมาก รูปแบบการเรียนรู้มีการเปลี่ยนแปลงจากผู้ถ่ายทอดความรู้สู่การเรียนรู้ โดยผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่านออนไลน์หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ในห้องเรียน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือ E-book เป็นเทคโนโลยีทางเลือกอย่างหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะของคนในศตวรรษที่ 21 ที่ควรจะพัฒนาทั้งทางด้านความรู้ ด้านทักษะการเรียนรู้ การคิด และด้านทักษะชีวิต<sup>2</sup>

การจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนที่อาศัยคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นเทคโนโลยีระดับสูงมาประยุกต์ใช้เป็นสื่อหรือเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้ โดยจัดเนื้อหาสาระหรือประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ศึกษาแสวงหาความรู้ตามความสนใจ ความถนัดและความต้องการของตนเอง<sup>3</sup> ผู้เรียนสามารถอ่านเนื้อหาได้จากหน้าจอคอมพิวเตอร์เหมือนเปิดอ่านจาก

หนังสือที่เป็นกระดาษ สามารถแสดงข้อความ รูปภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว มีการเชื่อมโยงเครือข่ายได้จากอินเทอร์เน็ต<sup>4</sup> ในหัวข้อที่ผู้เรียนสนใจได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการค้นคว้าในหนังสือ<sup>5</sup> ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมที่มีในบทเรียน การตรวจสอบความก้าวหน้า และการทดสอบความรู้ด้วยตนเอง<sup>6</sup> ผ่านทางเครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา เช่น แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารอื่นๆ<sup>7</sup> ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา ไม่ต้องพกพาหนังสือ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน (collaborative learning)<sup>8</sup> ต้นทุนในการผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประหยัดกว่าการผลิตหนังสือกระดาษเนื่องจากไม่ต้องพิมพ์ ช่วยลดการใช้กระดาษ และช่วยอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันการผลิตหนังสือกระดาษลดน้อยลง การผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเพิ่มมากขึ้น<sup>9,10</sup> ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน จากการสำรวจของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB) พ.ศ. 2558<sup>11</sup> พบว่า ประชากรจำนวนร้อยละ 41.40 อ่านหนังสือกระดาษน้อยลง เนื่องจากการใช้อินเทอร์เน็ต คนไทยกว่าร้อยละ 71.00 ใช้อินเทอร์เน็ตและเกือบทุกวันเฉลี่ย 92 นาทีต่อวัน

จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ช่วยเสริมความรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด<sup>12,13</sup> นอกจากนี้การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีผลต่อการพัฒนาสถาบันการศึกษา ที่มีสื่อการเรียนรู้อันหลากหลายมากขึ้น มีจัดการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นต่อนักศึกษาทำให้นักศึกษามีประสิทธิผลต่อการเรียนทั้งในรายวิชาแกนและวิชาทั่วไป<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในด้านบวกและผู้ใช้มีความพึงพอใจ แต่ยังไม่มีการวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก กับวิธีการสอนที่ผู้วิจัยและอาจารย์ในกลุ่มวิชาจัดการเรียนการสอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กกับวิธีการสอนแบบปกติและความพึง

พอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาจัดการเรียนการสอนและผลิตหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนของนักศึกษาที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก กับนักศึกษาที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กและนักศึกษาที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษากลุ่มที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้สูงกว่านักศึกษากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. นักศึกษากลุ่มที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนสูงกว่านักศึกษากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา 102334 ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ภาคต้น ปีการศึกษา 2559 จำนวน 120 คน

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบค่าที่แบบสองกลุ่ม ด้วยโปรแกรม G\*power version 3.0.10 ซึ่งใช้หลักการของโคเฮน<sup>14</sup> กำหนดขนาดอิทธิพล โดยใช้ค่า Mean และ SD จากผลงานวิจัยที่ออกแบบคล้ายคลึงกันของ Mamom<sup>15</sup> และ Sajjanonda และ Rodcumdee<sup>16</sup> มาคำนวณหาค่าอิทธิพลได้เท่ากับ 1.16 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่ม

ตัวอย่างอีก ร้อยละ 45.00 เท่ากับ 30 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยจัดนักศึกษาที่มีผลการเรียน เก่ง ปานกลาง อ่อน ตามผลการเรียน (GPA) เป็นกลุ่มๆ ละ 7-8 คน จำนวน 16 กลุ่ม จับฉลากมา 8 กลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม รวม 30 คน กลุ่มควบคุม 4 กลุ่ม รวม 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ผู้วิจัยสร้างโดยใช้โปรแกรม Flip PDF Professional มีทั้งหมด 8 เรื่อง 8 เล่ม ได้แก่ 1) การอุ้มเด็ก 2) การห่อตัว 3) การวัดสัญญาณชีพ 4) การอาบน้ำทารกแรกเกิด 5) การป้อนนมด้วย syringe ขวด แก้ว 6) การใส่สายให้อาหารและให้นมทางสาย 7) การสวนล้างกระเพาะอาหาร 8) การจัดเตียงนอนให้ทารกในแต่ละเล่มประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติ สรุปบทเรียน เอกสารอ้างอิง วิดีทัศน์สาธิต วิธีการปฏิบัติ แบบทดสอบหลังเรียนพร้อมเฉลย และเพลงบรรเลง

1.2 คู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ที่สร้างโดยผู้วิจัย มีทั้งหมด 8 เรื่อง เหมือนกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติ แบบทดสอบหลังเรียนพร้อมเฉลย

#### 2. เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน (pre-post test) เป็นแบบทดสอบปรนัย จำนวน 60 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาที่มีอยู่ในคู่มือและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สร้างโดยผู้วิจัย

2.2 แบบประเมิน 8 ทักษะการปฏิบัติ เป็นแบบประเมินรายการตรวจสอบ (check list) (ปฏิบัติถูก/ ปฏิบัติผิด/ไม่ปฏิบัติ)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก และการสอนแบบปกติ สร้างโดยผู้วิจัย ลักษณะคำตอบเป็น มาตรฐานส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ช่วง จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง หลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก

1.1 การประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์) ใช้แบบประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากตัวอย่างเครื่องมือประเมินนวัตกรรมและสื่อการเรียนการสอนในหนังสือของ Wiboonl-yasarin<sup>17</sup> ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณ (rating scale) 5 ช่วงจากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมและสื่อการเรียนการสอน จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 ท่าน นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.99 ด้านเนื้อหา ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.54 (SD = 0.58) เสียขงประกอบค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50 (SD = 0.58) ซึ่งอยู่ในระดับมีคุณภาพดี ผลการประเมินในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.29 (SD = 0.77) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่า 3.5 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับ แก้ไขส่วนนำ การออกแบบการเรียนการสอน การออกแบบหน้าจอแสดงผลของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนำไปให้นักศึกษาประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน ดังตารางที่ 1

1.2 การประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์) โดยนักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 9 คน ที่มีผลการเรียนในกลุ่ม เก่ง ปานกลาง อ่อน โดยให้ทำแบบทดสอบเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก เป็นข้อสอบปรนัย 60 ข้อ ก่อนและหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผลการทดสอบก่อนเรียนได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 31.89 (SD = 3.60) ผลการทดสอบหลังเรียนได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 52.67 (SD = 6.45) คะแนนสอบหลังเรียนสูงกว่าคะแนนสอบก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังให้นักศึกษาประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอนหาค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.67 ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนในภาพรวม 4.73 (SD = 0.16) อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด ทั้ง 6 ด้าน ดังตารางที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของนักศึกษามาปรับแก้ไขเพิ่มเติมขนาดของตัวอักษรในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนำไปใช้จริง

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (n=4)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	Mean	SD	ระดับ
1. ส่วนนำ	5.00	3.25	0.69	ปานกลาง
2. เนื้อหา	5.00	3.54	0.58	ดี
3. การออกแบบการเรียนการสอน	5.00	3.08	0.99	ปานกลาง
4. การออกแบบหน้าจอแสดงผล	5.00	3.13	0.92	ปานกลาง
5. เสียงประกอบ	5.00	3.50	0.58	ดี
6. การส่งเสริมการเรียนรู้	5.00	3.33	0.98	ปานกลาง
รวม	5.00	3.29	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอน (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์) โดยนักศึกษา (n=9)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	Mean	SD	ระดับ
1. ส่วนนำ	5.00	4.74	0.32	มากที่สุด
2. เนื้อหา	5.00	4.93	0.09	มากที่สุด
3. การออกแบบการเรียนการสอน	5.00	4.78	0.19	มากที่สุด
4. การออกแบบหน้าจอแสดงผล	5.00	4.50	0.38	มากที่สุด
5. เสียงประกอบ	5.00	4.22	0.62	มากที่สุด
6. การส่งเสริมการเรียนรู้	5.00	4.89	0.24	มากที่สุด
รวม	5.00	4.73	0.16	มากที่สุด

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน (pre-post test) คู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน และแบบสอบถามพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.84

แบบสอบถามพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน หาค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E. 024/2559 เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2559

ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. นักศึกษามีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ และได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกตินักศึกษาที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาหรือผลการเรียนใดๆ



2. นักศึกษาที่ไม่ได้เป็นกลุ่มทดลอง จะได้รับการสอนแบบปกติ แต่เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแล้วจะให้นักศึกษาทุกคนเข้าถึงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ที่ [www.slc.ac.th/คลังความรู้](http://www.slc.ac.th/คลังความรู้)

3. นักศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ชั้นเตรียมนักศึกษาโดยผู้วิจัยได้พบนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในภาคฤดูร้อนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทำวิจัย ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย สํารวจการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ Tablet PC หรือ Smartphone และการใช้สัญญาณ WI-FI หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาเพื่อใช้เปิดดูหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ในคลังความรู้ที่เว็บไซต์ของวิทยาลัยฯ

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ คะแนนปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ก่อนและหลังเรียนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent samples t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent samples t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent samples t-test

ขั้นตอน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1. ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก สัปดาห์สุดท้ายของภาคฤดูร้อนในชั้นปีที่ 2	√	√
2. แจกคู่มือปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ก่อนเปิดภาคต้น 2 สัปดาห์	√	-
3. สาธิตวิธีการปฏิบัติโดยอาจารย์ 1 สัปดาห์ก่อนเปิดภาคต้น	√	-
4. เรียนหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กด้วยตนเอง 2 สัปดาห์ก่อนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	-	√
5. สอบปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก วันแรกของการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	√	√
6. ทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียนเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก หลังสอบปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก	√	√
7. ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย	√	√
8. ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน	√	√

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กก่อนเรียนและหลังเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเรียน	35.17	3.71	32.23	3.88	2.99	.004**
หลังเรียน	51.77	2.65	47.93	4.93	3.75	< .001***

\*\*p<.01 \*\*\*p<.001

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 30)

ทักษะปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การอุ้มเด็ก	18.13	1.57	19.13	0.82	3.09	.003**
การห่อตัว	18.93	1.60	20.27	0.69	4.20	<.001***
การวัดสัญญาณชีพ	13.60	1.25	14.4	0.77	2.99	.004**
การอาบน้ำ	16.33	2.26	17.90	1.32	3.27	.002**
การป้อนนมด้วย syringe	14.10	1.69	15.47	0.78	4.03	<.001***
การป้อนนมจากขวด	14.93	1.34	15.57	0.73	2.28	.026*
การป้อนนมด้วยแก้ว	15.90	1.73	17.33	1.06	3.87	<.001***
การใส่สายให้อาหารและให้นม	21.10	3.56	22.60	1.87	2.05	.045*
การสวนล้างกระเพาะอาหาร	22.07	1.84	22.63	1.45	1.33	.190
การจัดแจกยา	17.93	2.82	18.23	2.33	0.45	.655
รวม	173.03	8.12	183.53	5.79	5.77	<.001***

\*p<.05 \*\*\*p<.001

## ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก ก่อนเรียนและหลังเรียนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent samples t-test

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.17 (SD = 3.71) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.23 (SD = 3.88) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 5** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับความพึงพอใจของนักศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนการสอน

ด้านความพึงพอใจ	กลุ่ม	Mean	SD	t	p-value	ระดับ
ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน	ควบคุม	4.27	0.46	1.47	.15	มาก
	ทดลอง	4.44	0.42			
ด้านเกี่ยวกับคู่มือหรือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก	ควบคุม	4.58	0.46	-0.56	.58	มากที่สุด
	ทดลอง	4.51	0.47			
ด้านการฝึกปฏิบัติงาน	ควบคุม	4.50	0.45	-1.46	.15	มากที่สุด
	ทดลอง	4.33	0.49			
รวม	ควบคุม	4.45	0.39	-1.18	.24	มาก
	ทดลอง	4.43	0.41			

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.77 (SD = 2.65) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (SD = 4.93)

2. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent samples t-test

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนปฏิบัติในภาพรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 183.53 (SD = 5.79) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 173.03 (SD = 8.12) มี 2 กิจกรรม คือการสวนล้างกระเพาะอาหารและการจัดแยกยา ที่กลุ่มที่ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent samples t-test

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.43 (SD = 0.41) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.45 (SD = 0.39) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ทรอนิกส์อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.51, SD = 0.47) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อคู่มือหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, SD = 0.46)

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กและคะแนนปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กของนักศึกษากลุ่มทดลองที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า การใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อที่ช่วยเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาได้ ทั้งนี้เนื่องจากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มีความแตกต่างจากคู่มือที่เป็นกระดาษ ตรงที่หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีเนื้อหาที่เป็นตัวหนังสือไม่มาก เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญๆ เนื่องจากมีภาพวาดประกอบ แสดงอุปกรณ์ ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติอย่างละเอียด พร้อมกับมีภาพเคลื่อนไหว (วิดีโอ) ที่ผู้สอนสาธิตวิธีการปฏิบัติการพยาบาลทุกกิจกรรม ทั้งนี้ยังมีคำถามท้ายบทพร้อมเฉลยเพื่อให้ผู้เรียนตรวจสอบความเข้าใจของตนเองได้ นักศึกษาสามารถเปิดคู่มือวิดีโอในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อทบทวนความจำได้ทุกเมื่อ โดยเฉพาะ

ในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Srivilai และ Atthamaethakul<sup>8</sup> ที่พบว่านักศึกษาที่เรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง กายวิภาคศาสตร์ของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบไหลเวียนน้ำเหลือง มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หลังเรียนสูงกว่าผลการทดสอบก่อนเรียนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Pakdeto, Sawasdipanich และ Suntiti<sup>19</sup> พบว่าการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ นักศึกษามีคะแนนความรู้และการตัดสินใจหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการใช้คู่มือที่เป็นกระดาษมีเนื้อหาเป็นขั้นตอนปฏิบัติ โดยมีอาจารย์สาธิตวิธีการปฏิบัติซึ่งเป็นการสอนแบบปกติ ก็ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียนของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เรียนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ก่อนเรียนมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยจากการจัดกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดกลุ่มแบบคละเกรด เฉพาะนักศึกษาครึ่งชั้น เป็นไปได้ว่านักศึกษากลุ่มทดลองมีพื้นฐานการเรียนอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลองตามตารางฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มแรกที่เริ่มฝึกปฏิบัติงานในชั้นปีที่ 3 โดยยังไม่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานวิชามารดาและทารก ส่วนกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลมารดาและทารกมาก่อน อาจมีผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานในวิชาอื่นมาก่อน เมื่อพิจารณาคะแนนปฏิบัติรายการกิจกรรมมีสองกิจกรรมคือ การสวนล้างกระเพาะอาหารและการจัดแจกยา ที่ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะทั้งสองกิจกรรมมีรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติค่อนข้างมาก การศึกษาด้วยตนเองด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์อาจไม่ช่วยให้

นักศึกษาปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมดทุกขั้นตอน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์อาจเป็นแหล่งเรียนรู้วิธีหนึ่งที่ใช้ควบคู่กับการเรียนการสอนหลากหลายวิธี เพื่อเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาที่อาจมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Stiriling และ Birt<sup>20</sup> พบว่าคะแนนสอบหลังเรียนของนักศึกษาที่เรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องกายวิภาคของหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความแตกต่างจากการเรียนตามปกติ แต่กลุ่มที่เรียนทั้งสองวิธีคือด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และการเรียนแบบปกติ จึงจะมีคะแนนหลังเรียนมากกว่าคะแนนก่อนเรียน

2. การศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนสอนแบบปกติที่ใช้คู่มือร่วมกับอาจารย์สาธิตการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็ก พบว่านักศึกษทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้รับผิดชอบวิชา จัดการเรียนการสอนในรายวิชา 102334 ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือคู่มือเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กในระดับมากที่สุด แสดงว่าสื่อการเรียนรู้ทั้งสองอย่าง นักศึกษาเห็นว่ามีประโยชน์ช่วยเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ โดยเฉพาะหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองตามความต้องการของผู้เรียน นอกจากจะช่วยพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบทเรียนแล้ว ยังมีเสียงเพลงบรรเลงประกอบขณะเรียน เพื่อให้ผู้เรียนผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งแตกต่างจากหนังสือทั่วไปที่ใช้กระดาษ นอกจากนี้นักศึกษายังสามารถเปิดอ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลาที่นักศึกษาต้องการ สามารถเปิดดูได้ทางออนไลน์ ผ่านทางเครื่องมือสื่อสาร ได้แก่ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือสามารถพกพาได้สะดวก จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจด้านการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติมากกว่านักศึกษากลุ่มที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น เนื่องจากนักศึกษทั้งสองกลุ่มขึ้นฝึกปฏิบัติงานคนละช่วงเวลา บุคคล

สถานการณ์ ประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับและความคาดหวังของนักศึกษามีความแตกต่างกันอาจมีผลต่อความพึงพอใจของบุคคลที่แตกต่างกัน ดัง Phantevee<sup>21</sup> กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะมีความคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาที่ใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลเด็กมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั้งความรู้และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ คณะแผนกศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีในระดับมากและไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนยังไม่ดีพอ ได้แก่ การจัดกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะด้านผู้เรียน ผลการเรียนรู้ หรือรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหาร สถาบันการศึกษาที่มีนโยบายพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 และมี

นโยบายลดการใช้พลังงาน ลดการใช้กระดาษอยู่แล้วนั้น ควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีการสร้างสื่อมัลติมีเดีย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นสื่อการเรียนการสอนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มการติดตั้งเครื่องรับสัญญาณ Wi-Fi หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อรองรับการใช้อินเทอร์เน็ตในปัจจุบัน

2. ด้านการปฏิบัติ ผู้สอนควรสร้างสื่อมัลติมีเดีย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในรายวิชาการพยาบาลสาขา อื่นๆ และควรวางแผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการสอนแบบปกติเพื่อเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนควบคู่กับการสอนแบบปกติ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเรียนรู้ (learning styles) ของผู้เรียนกับการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อมัลติมีเดียอื่นๆ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

## References

1. Chaiyasak M. Method of clinical teaching in nursing education. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Tanapress, 2014. (in Thai)
2. Suttirat C. Curriculum development: Theory to practice. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Vimprint, 2015. (in Thai)
3. Mooncome S, Mooncome O. Learn how to develop moral values, ethics, self-seeking knowledge. 9<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Parbpim;2010. (In Thai)
4. Husadeang K. New steps of E-book in 21st Century; 2013. Available from <http://kmlibrary.bu.ac.th/> (in Thai)
5. Biranvand A, Khasseh AA. E-book reading and its impact on academic status of students at Payame Noor University, Iran. University of Nebraska-Lincoln. Library Philosophy and Practice (e-journal), 2014 Dec Available from <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3033&context=libphilprac>
6. Songkram N. Multimedia for learning: Design and development of. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Vimprint;2014. (in Thai)
7. Reungrong P. E-book on mobile and E-book on Tablet PC. Bangkok: Pomticha Printing;2014. (in Thai)

8. Gibson C, Gibb F. An evaluation of second-generation eBook readers. *Electronic Library*. 2011;29(3):303-19.
9. Gueval J, Tarnow K, Kumm S. Implementing e-books: Faculty and student experiences. *Teaching and learning in nursing* 2015;10:181-5.
10. Rainie L, Wellman B. *Network: The new social operation system*. USA: Massachusetts Institute of Technology;2011.
11. Faculty of Economics, Chulalongkorn University and Research Centre for Social and Business Development. *The reading culture and buying books of Thai people 2015*. [online] Available from: URL:<http://thaipublica.org/wp-content/uploads/2016/04/2558>
12. Kimsungnoen N, Petchtang S. The effect of E-Learning courseware media on the learning achievement of nursing students at the school of nursing, Rangsit University. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2016;9(1):64-74. (in Thai)
13. Yimyam S, Chareonsanti J, Karnasuta S. Development of multimedia electronic book on basic knowledge of breastfeeding for nursing students. *Nursing Journal* 2014;41(4):70-82. (in Thai)
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavior sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. USA: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Mamom J. Outcomes of computer-mediated review lesson on pressure-sore dressing as observed in second-year nursing students' knowledge, practical skills and opinions, *Thai Journal of Nursing Council* 2012; 27(3):63-76. (In Thai)
16. Sajjanonda P, Rodcumdee B. The effect of computer assisted instruction in supportive educative nursing system on self care behaviors of school-age children with congenital heart disease. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015; 27(2):48-59. (in Thai)
17. Wiboonlyasarin W. *Innovation and teaching materials in Thai language*. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Vimprint; 2014. (In Thai)
18. Srivilai W, Atthamaethakul W. Develop of and electronic book on anatomy of the cardiovascular system and the lymphatic vascular system. *Journal of Nursing and Education* 2010;4(1):29-37. (in Thai)
19. Pakdeto R, Sawasdipanich N, Suntiti. Effect of a computer-assisted instruction of nursing care of children with intravenous fluid therapy toward knowledge and clinical decision-making of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2013;29(1):110-20. (in Thai)
20. Stirling A, Birt J. (2014). An enriched multimedia eBook application to facilitate learning of anatomy. *Anat Sci Educ* 2014;7(1):19-27.
21. Phantevee V. *People's satisfaction toward the service of the Ministry of Interior's Agencies in Muang district, Mae Hong Son Province*. Master Thesis of Political science. Chiang Mai University; 1999. (in Thai)

## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี

## Factors Affected the Decision Making for Cervical Cancer Screening among Women at Suphanburi Province

ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ ปร.ด. (Nattaya Phiromsid, Ph.D.<sup>1</sup>)จารีศรี กุลศิริปัญญา ปร.ด. (Jareesri Kunsiripunyo) Ph.D.<sup>2</sup>พัชรี ตันศิริ คม. (Patchari Tansiri) M.Ed.<sup>3</sup>กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา สม. (Kittisak Loungpantao) M.P.H.<sup>4</sup>

Received: Oct 8, 2018  
Revised: Dec 25, 2018  
Accepted: Jan 30, 2019

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรี จำนวน 404 คน ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือสตรีที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 158 คน และสตรีที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 246 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านปัจจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง วิเคราะห์หาประสิทธิภาพด้วยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91 และแบบสอบถามปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ประสิทธิภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi Square เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่มที่มีอุปสรรคไม่สามารถมาตรวจคัดกรองในสถานบริการได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุมมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรี

<sup>1</sup>อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:nphiromsid@gmail.com

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:jareesri@hotmail.com

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:pat.tansiri@hotmail.com

<sup>4</sup>อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:Loung10@gmail.com

Western University, Kanchanaburi, Thailand

### Abstract

This descriptive research aimed to: (a) investigate the relationships between personal factor, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-Efficacy, interpersonal influences, situational influences of conditions affecting the decision to go for check-up or not for cervical cancer; and (b) compare factors affecting the decision making to go for check-up or not in cervical cancer. Participants included 404 women in U –Thong District, Suphanburi Province; 158 were women under decision for cervical cancer screening, and 246 were women of non-decision for cervical cancer screening. Systematic random sampling technique was used to recruit participants. A set of questionnaires were used to collect data including the perceived of factors using the KR-20 = .91, and the questionnaire of the factors influencing interpersonal relationships and the influencing factors of the situation reliability with coefficient (alpha) = .92. Data were analyzed using chi-square and independent t-test.

The results revealed that a marital status, and perceived benefits were significantly related to decision of cervical cancer screening ( $p=.05$ ). Income, cervical cancer check-up in past 3 years, and perceived barriers were significantly related to decision of cervical cancer screening ( $p=.01$ ). The interpersonal influences factors, and situational influences factors were not significantly related to decision of cervical cancer screening.

The results of factor comparisons (perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences, and situational influences between decision group and non-decision group, showed that perceived benefits) were statistically significantly different ( $p = .05$ ).

The results of study suggest that proactive screening in the community and home visit should be effective for the barriers groups who do not have access to health service.

**Keywords:** decision making for cervical cancer screening, women

### บทนำ

มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งที่พบในผู้หญิงทั้งหมด จากผู้ป่วยใหม่ประมาณ 570,000 รายในปี พ.ศ. 2518 คิดเป็นร้อยละ 6.60 ของผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งประมาณร้อยละ 90.00 ที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง<sup>1</sup>

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2518 พบว่าหญิงกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีอายุ 15-65 ปี จำนวน 28.59 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกพบจำนวน 8,622 คน และเสียชีวิตจำนวน

5,015 คน มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ในมะเร็งที่พบในผู้หญิงทั้งหมด<sup>2</sup> พบในช่วงอายุ 15-44 ปี ร้อยละ 3.40 เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสชนิด 16-18 และจะลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 67.60<sup>2</sup> อัตราการเสียชีวิตที่สูง

จากสาเหตุมะเร็งปากมดลูก แนวทางที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน ได้แก่ การค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก โปรแกรมการคัดกรอง และการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก<sup>1</sup> เป้าหมายคือ เพื่อลดหรือป้องกันการเจ็บป่วย (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality) จากมะเร็งปากมดลูก จุดประสงค์ของการตรวจคัดกรอง เพื่อตรวจหารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก<sup>3</sup> เพิ่มการตรวจพบมะเร็งปากมดลูก



ในระยะแรก (early stages) ทำให้เพิ่มอัตราการอยู่รอดในระยะ 5 ปี ได้ถึงเกือบร้อยละ 92.00 และการตรวจพบและรักษาโรคมะเร็งก่อนมะเร็งทำให้ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลงได้<sup>4</sup> ในปี พ.ศ. 2555 องค์กรทางด้านมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา 3 องค์กรคือ American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) ได้นำเสนอแนวทางในการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก (cervical precancerous lesions) อิงตามความเสี่ยง (risk based) ต่อการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก<sup>5</sup> และประเทศไทยได้ดำเนินโครงการสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติขึ้น ให้หญิงไทยกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 30-60 ปีทั่วประเทศ ด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) โดยให้ครอบครัวการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ พบว่าอยู่ที่ 5,164,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.90 โดยแต่ละปีกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ที่เข้ารับการตรวจมีจำนวนลดลงต่อเนื่องจากสถิติปี 2553 อยู่ที่ร้อยละ 22.64 และในปี 2557 เหลือเพียงร้อยละ 3.78<sup>6</sup> ซึ่งแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ส่วนสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดสุพรรณบุรี พบอัตราผู้ป่วยในโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี 2555-2559 พบอัตรา 18.82, 22.62, 22.81, 16.14, 18.95 ตามลำดับ<sup>7</sup> ซึ่งเป็นอัตราที่ยังพบอยู่ในระดับคงที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสม 5 ปี (พ.ศ. 2557-2560) เฉลี่ยร้อยละ 5.48, 25.93, 35.48, 45.53 ตามลำดับ มีผู้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งสิ้นจำนวน 64,455 คน พบว่ามีผิดปกติจำนวน 956 คนคิดเป็นร้อยละ 1.48 และได้ส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 12.65 ของจำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองที่ผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง

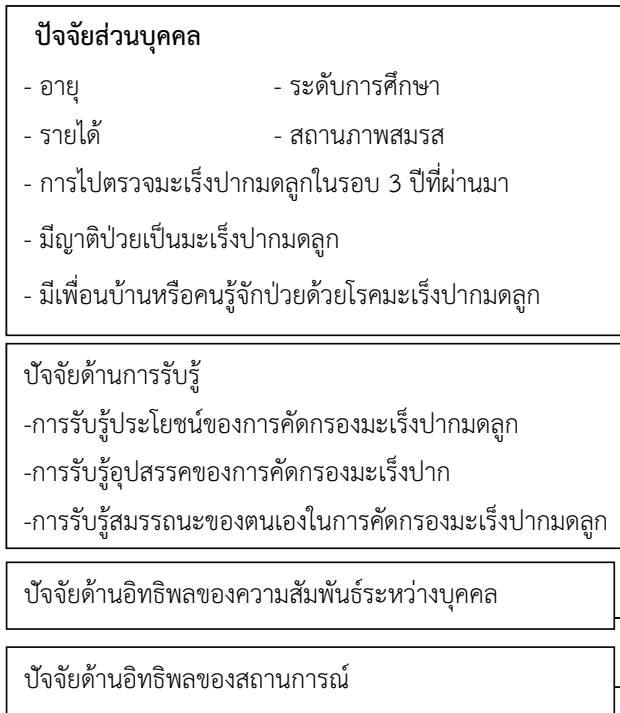
ปากมดลูก สำหรับอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสม 5 ปี (พ.ศ.2557-2560) ได้ร้อยละ 3.97, 28.12, 36.07, 41.65 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังไม่สามารถคัดกรองได้ตามเป้าหมายสตรีอายุ 30-60 ปี จะต้องได้รับการตรวจ Pap Smear ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.00<sup>8</sup> แม้ว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้เป็นโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสนับสนุนให้หญิงกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ผลจากการวิจัยพบว่าเหตุผลที่ทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่ ขาดความตระหนัก ความเชื่อปัจจัยทางจิตสังคม ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม<sup>9-11</sup> จึงทำให้อัตราการคัดกรองของประเทศไทยยังต่ำกว่าเป้าหมาย

จากสภาพปัญหาและผลการวิจัยดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender<sup>12</sup> ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลของสถานการณ์มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาแนวคิดนี้ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มองคนอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้องจึงเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

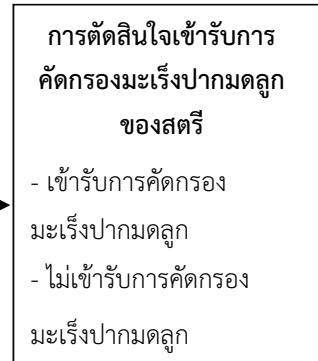
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

## ตัวแปรอิสระ (Independent variables)



## ตัวแปรตาม (Dependent variables)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออุทงจังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender<sup>12</sup> โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลสถานการณ์เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังนี้

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2560

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวน 22 แห่ง อำเภออุทง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงในช่วงปี พ.ศ. 2560 จำนวน 23,518 คน<sup>13</sup>

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่สตรีซึ่งมีอายุ 35-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุทง จังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Daniel<sup>14</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน เพื่อลดการสูญหายและความไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 404 ราย จำแนกเป็นกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 158 ราย และไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 246 ราย โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ตามรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนไว้

เกณฑ์คัดเข้า คือสตรีมีอายุ 35-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุทง จังหวัดสุพรรณบุรีอยู่จริงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภออุทง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 22 แห่ง อายุ 35-60 ปี ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ป่วยด้วยอาการฉุกเฉินในช่วงที่เก็บข้อมูล 2) มีคุณสมบัติครบถ้วนแต่ติดธุระไม่สามารถติดต่อ

ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Knantikulanon<sup>11</sup> ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pende<sup>12</sup> ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยการรับรู้ข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 9 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ข้อความทางบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อความทางลบตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแปลผล การรับรู้ประโยชน์ แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-9.0) และระดับสูง (10.0-18.0) การรับรู้อุปสรรค แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-9.0) และระดับสูง (10.0-18.0) การรับรู้สมรรถนะ แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-3.0) และระดับสูง (4.0 - 9.0)

ตอนที่ 2 ปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (1.0-28.0) และระดับสูง (29.0-55.0) และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (1.0-15.0) และระดับสูง (16.0-35.0)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 21 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20<sup>15</sup> (Kuder Richardson 20) ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ 0.91 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์จำนวน 19 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค<sup>15</sup> ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ = 0.92

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ตามหนังสือรับรองเลขที่ WTU 2560-0069 ลงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น

### การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี ถึงสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว

2. ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง เป็นผู้เก็บข้อมูล และประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มโดยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับ

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนความสมบูรณ์และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยสถิติฟี (Phi) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยสถิติ Chi- Square และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ t- test dependent

### ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองอายุน้อยกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.10 และอายุ 45 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 92.40 และโสด/หม้าย/หย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 7.60 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 68.35 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.65 รายได้น้อยกว่า 6,830 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.60 และ 6,870 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.40 การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 82.28 และไม่ตรวจ คิดเป็นร้อยละ 17.72 ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 6.96 และไม่มีคิดเป็นร้อยละ 93.04 มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 28.50 ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 71.50

และกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.57 และอายุ 45 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.43 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.75 และโสด/หม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 3.25 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 73.58 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.42 รายได้น้อยกว่า 6,830 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 6,870 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.70 การไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกใน

รอบ 3 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 8.13 และไม่ตรวจ คิดเป็นร้อยละ 91.87 ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 6.96 และไม่มีคิดเป็นร้อยละ 93.04 มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 17.10 ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 82.90

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.098 ส่วนด้านรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.163, 0.613 และ 0.135 ตามลำดับดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ = 0.137 (p= .006) และ 0.114 (p= .022) ตามลำดับดังตารางที่ 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (ตารางที่ 3)

5. ผลการเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะ ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะ ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลสถานการณ์ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษามะเร็งเรื้องรังปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ					2.16	10.073	.142
Mean=45.77	<46ปี	84	53.16	149	60.57		
SD =8.79							
Min= 30	≥46ปี	74	46.84	97	39.43		
max=60							
สถานภาพสมรส					0.098	3.856*	.050
	สมรส	146	92.40	238	96.75		
	โสด/หม้าย/ หย่าร้าง	12	7.6	8	3.25		
ระดับการศึกษา					0.056	1.289	.026
	<ระดับมัธยม ศึกษาปีที่ 3	108	68.35	181	73.58		
	≥ระดับมัธยม ศึกษาปีที่ 3	50	31.65	65	26.42		
รายได้					0.163	10.710**	.001
Mean=6,829.70	<6,830	110	69.6	131	53.3		
SD =3,864.17	บาท						
Min= 2,000	≥6,830บาท	48	30.4	115	46.7		
max=25,000							
การไปตรวจมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก ในรอบ3ปีที่ผ่านมา					0.613	1.5160**	<.001
	ตรวจ	130	82.28	49	19.92		
	ไม่ตรวจ	28	17.72	197	80.08		
ท่านมีญาติป่วย เป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก					0.021	0.185	.667
	มี	11	6.96	20	8.13		
	ไม่มี	147	93.04	226	91.87		
ท่านมีเพื่อนบ้านหรือ คนรู้จักป่วยด้วยโรค มะเร็งเรื้องรังปากมดลูก					0.135	7.410**	.006
	มี	45	28.50	42	17.1		
	ไม่มี	113	71.50	204	82.9		

\* p-value &lt; .05 \*\* p-value &lt; .01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยการรับรู้	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	$\chi^2$	P -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระดับด้านการรับรู้ประโยชน์</b>					0.137	7.566**	.006
ระดับต่ำ (0-9.0 คะแนน)	79	50.00	157	63.80			
ระดับสูง (10.0-18.0คะแนน)	79	50.00	89	36.20			
<b>ระดับการรับรู้อุปสรรค</b>					0.114	5.214*	.022
ระดับต่ำ (0-9.0 คะแนน)	52	32.90	109	44.30			
ระดับสูง (10.0-10.0 คะแนน)	106	67.10	137	55.70			
<b>ระดับการรับรู้สมรรถนะ</b>					0.019	.150	.699
ระดับต่ำ (0-3.0 คะแนน)	65	41.10	106	43.10			
ระดับสูง (4.0-9.0คะแนน)	93	58.90	140	56.90			

\*p-value < .05 \*\*p-value < .01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานการณืกับการตัดสินใจรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยการรับรู้	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	$\chi^2$	P -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระดับอิทธิพลความสัมพันธ์</b>							
<b>ระหว่างบุคคล</b>					0.002	.001	.972
ระดับต่ำ (1.0-28.0 คะแนน)	80	50.63	125	50.81			
ระดับสูง (29.0-55.0 คะแนน)	78	49.37	121	49.19			
<b>ระดับอิทธิพลสถานการณื</b>					0.088	3.116	.078
ระดับต่ำ (1.0-15.0 คะแนน)	90	56.96	118	47.97			
ระดับสูง (16.0-35.0 คะแนน)	68	43.04	128	52.03			

\* p-value < .05 \*\* p-value < .01

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัย	กลุ่มสตรีที่เข้ารับ		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับ		t-test	p-value
	การคัดกรอง		การคัดกรอง			
	Mean	SD.	Mean	SD.		
การรับรู้ประโยชน์	7.25	1.49	6.96	1.34	1.99*	.04
การรับรู้อุปสรรค	5.80	1.59	5.62	1.54	1.16	.24
การรับรู้สมรรถนะ	2.34	.92	2.41	.88	-.75	.45
อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	37.38	6.93	37.26	8.73	.14	.89
อิทธิพลสถานการณ์	24.24	5.19	24.19	5.26	.09	.93

\* p-value < .05

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลได้ดังนี้

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมากขึ้น 0.41 เท่า มากกว่าสถานภาพคนโสด/หม้าย/หย่าร้างจากข้อมูลอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีสถานภาพสมรสมากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดี และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จึงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender<sup>12</sup> และ Park, Yoo และ Chang<sup>16</sup> กล่าวคือครอบครัวส่วนใหญ่จะได้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันละกัน มีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเอง กระตุ้นเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดปล่อยยอน ให้กำลังใจเพื่อให้ความกลัวความกังวลและบ่งชี้ศักยภาพในการพัฒนาความ

สามารถในการดูแลตนเองครอบคลุมสอดคล้องกับการศึกษาของ Knantikulanon<sup>11</sup> Ackerson และ Preston<sup>17</sup> Pornpikanon<sup>18</sup> Auafaupan<sup>19</sup> Rungrueang<sup>20</sup> Summutte และ Pinitsoontorn<sup>21</sup> พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanakum<sup>22</sup> พบว่าสถานภาพสมรสสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70

**รายได้** มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสามารถอธิบายได้ว่ารายได้เฉลี่ย 6,829.70 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยประชากรที่เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 6,486บาท/เดือน<sup>23</sup> แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้อยู่ในระดับที่ดีเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ได้มาซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น การหาได้ง่าย (Available) ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) การมีให้ (Affordability) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล<sup>24</sup> สอดคล้องกับ Tanprasert<sup>25</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35- 60 ปีในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับ Knantikulanon<sup>11</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา** มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ<sup>26</sup> เพื่อการป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ซึ่งการรับรู้นี้จะเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมส่งผลตอบสนองต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงและจากนโยบายการส่งเสริมสนับสนุนโครงการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจะได้เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน เพิ่มโอกาสการเข้าถึง ซึ่งจะทำได้สามารถรู้สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนัก ใส่ใจ ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งปากมดลูก

**ท่านมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก** สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี แสดงว่าเพื่อนบ้านเป็นแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) ที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทางที่เพิ่มขึ้น<sup>12</sup> ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้ เข้าใจ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานจากการรักษา ต้องเสียเวลาเสียเงินจำนวนมากในการเดินทางรักษาของการเกิดโรคนี และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นั่นคือการค้นหาการเกิดโรคมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrueng<sup>20</sup> Pittayapinune Changsan และ Wilaiprasong<sup>27</sup> พบว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้างและเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**อายุ** ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสอดคล้องกับการศึกษาของ Keelapang<sup>28</sup> พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิทั้งนี้เนื่องจากนโยบายในการรณรงค์สนับสนุนให้สตรีที่มีอายุ 35-60 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 60.00<sup>7</sup> เพื่อเพิ่มการค้นหาโรคใน

เริ่มแรก ซึ่งเป็นที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

**ระดับการศึกษา** ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงอาจได้รับทราบข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ และมีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล ทำให้เกิดความตระหนักและอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Knantikulanon<sup>11</sup> และ Keelapang<sup>28</sup> พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**มีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก** ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ทั้งนี้อาจเกิดจากการรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ทำให้ทุกคนตระหนักให้มีความสำคัญของการค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก แต่ไม่สอดคล้องกับ Pittayapinune Changsan และ Wilaiprasong<sup>27</sup> พบว่าการเจ็บป่วยของญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

## 2. ปัจจัยการรับรู้

**2.1 ด้านการรับรู้ประโยชน์** มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสตรีที่เข้าและไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านารรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าได้รับรู้ความสำคัญว่าโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะยังไม่ปรากฏอาการนำไปสู่การเกิดการตระหนักต่อความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่นั้นๆ โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการขึ้นมา เมื่อได้รับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเกิดความกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นในระยะเริ่มแรก จึงมีความต้องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก<sup>29-32</sup> ซึ่งมีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก<sup>12, 27-32</sup>

**2.2 การรับรู้อุปสรรค** มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับ



การไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Auafaupan<sup>19</sup> Ali et al<sup>33</sup> Pornsinsiruck<sup>34</sup> Nanta<sup>35</sup> Ngandum<sup>36</sup> Srichan<sup>37</sup> พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากสาเหตุคือไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความอายกลัวเจอโรค<sup>38-41</sup> แม้ว่าปัจจัยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่จากนโยบายของรัฐที่สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและได้แรงจูงใจให้ความรู้ ความเข้าใจ ทำให้กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในความรุนแรงและความเสี่ยงมากถึงประเด็นการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาหายได้ แต่ถ้าตรวจพบในระยะที่ลุกรานแล้ว จะไม่สามารถรักษาหายได้

**2.3 การรับรู้สมรรถนะไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งไม่สอดคล้อง** Krajachan<sup>42</sup> พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pittayapinune, Changsan และ Wilaiprasong<sup>27</sup> พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งทั้งนี้อธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค<sup>26</sup> (The Protection Motivation Theory) นั่นคือเมื่อบุคคลเชื่อในความรุนแรง เชื่อในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม และมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้

ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### เชิงนโยบาย

1. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น เสียงตามสายของชุมชนในหมู่บ้าน วิทยุโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอกสารแผ่นพับจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ต่างๆ ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ตระหนัก และเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

2. เพิ่มสถานที่ตั้งของจุดให้บริการจัดในชุมชน สะดวกในการเดินทางมารับบริการ

### สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. เพิ่มกิจกรรมหรือเพิ่มพูนทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือจิตอาสาของหมู่บ้าน เพื่อเป็นแกนนำชักจูง โน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับและเข้ารับการตรวจมากยิ่งขึ้น

2. เพิ่มกิจกรรมวางแผนการนัดหมาย ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ เช่น วันหยุด เสาร์ อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์

3. ควรติดตามศึกษาระยะยาวของพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมหรือพัฒนารูปแบบโปรแกรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง สร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ดี ต่อการเข้ามาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

## References

1. WHO.Cervical cancer. [Internet]. 2016. [cited 2018 July 30]. Available from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>.
2. Thailand Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2018. [Internet].2018 [cited 2018 January 30]. Available from [https://hpvcentre.net/statistics/reports/THA\\_FS.pdf](https://hpvcentre.net/statistics/reports/THA_FS.pdf).
3. Srisonboon J. Current Guidelines for Cervical Cancer Screening : Recommendations of ACS, ASCCP & ASCP. [Internet]. 2018 [cited 2018 July 30]. Available from <http://www.tgcsthai.com/file/7642065467.pdf>.
4. Butchaihong P. Update American Cancer Society Guidelines for Screening Cervical Cancer 2011. [Internet]. 2011 [cited 2018 June30]. Available from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index>
5. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2012;62(3):147-72.
6. Health Promotion and Fund Department. Cervical cancer targets in Thai women [Internet]. 2016 [cited 2018 July 9]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/29409.html>. (in Thai)
7. Bureau of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary of key statistics [Internet]. 2016 [cited 2017 August 30]. Available from: [https://www.mociety.go.th/ewtadmin/ewt/mso\\_web/article\\_attach /18956/20527.pdf6](https://www.mociety.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach /18956/20527.pdf6). (in Thai).
8. Statistic of Supanburi Provincial Health Office [Internet]. 2017 [cited 2018 June 26]; Available from : <http://www.spo.go.th/sso/uthong/>. (in Thai).
9. Chidyaonga MF, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors.*The Pan African Medical Journal* 2015;30(21):231-41.
10. Vian HR, Mohammad AC, Zahara BM. Barriers to cervical cancer screening among Iraqi Kurdish women : A qualitative study. *Acta Medica Mediterranea* 2016;32:42-49
11. Knantikulanon P. The factor that influencing the decision-making in cervical cancer screening in Nongchik district, Pattani province. [Master's Thesis]. Songkhla: Songkhla Rajabhat University;2013. (in Thai).
12. Pender NJ. Revised Health Promotion Model [Internet]. 2012 [cited 2012 December 24]. Available from <http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
13. Statistic of Supanburi Province Health Office [Internet]. 2017 [cited 2018 June 26]: Available from: <http://www.spo.go.th/sso/uthong/>. (in Thai).
14. Danial WW, Biostatistics :Basic concepts and methodology for the health science.9th ed .New York: John Wiley & Sons; 2010.

15. Kitpridaburisut B. Research methods in social science. 10th ed .Bangkok: Jamjuri production; 2008. (in Thai)
16. Park S, Yoo L, Chang S. Relationship between the intention to repeat a papanicolaou smear test and affective response to a previous test among Korean women. *Cancer Nursing* 2002;25:385-90. (in Thai).
17. Ackerson K, Preston SD. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(6):1130-40.
18. Pornpikanon S. Factors affecting to cervical cancer examination of women aged 35-59 years in the area Sriracha District, Chonburi Province. [Master's Thesis]. Chonburi: Burapa University; 2008. (in Thai).
19. Auafaupan T. Factors Effected to Cervical Cancer Screening among Women risk group in Potala District Pijit Province [Master's Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2009. (in Thai).
20. Rungrueang P. Factors related to cervical cancer screening behavior among at risk group of women never been screened within the past 3 years [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
21. Summutte U, Pinitsoontorn S. The intention to cervical cancer screening utilization among 30-60 year old women at Banprow Health Promotion Hospital, Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Khon Kaen Agriculture Journal* 2015;3(4):529-546. (in Thai).
22. Wanakum J. Participation in the cervical cancer screening tests of the Muslim women at Takuathung district in Phang-nga province [Master's Thesis]. Puket: Puket Rajabhat University; 2008. (in Thai).
23. National Statistical Office. Average per capita income/month and personal consumption per capita income/month/Quintile by expenditure/ Quintile by income period 1988-2015. [Internet]. 2016 [cited 2016 June 26]. Available from: [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final). (in Thai).
24. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning: An Education and Ecological Approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
25. Tanprasert J. Factors Effected to Cervical Cancer Screening among Women 35-60 years in Mueang district, Samut Sakhon province [Master's Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2006. (in Thai)
26. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. *Social psychology: A source book*. New York: Guildford Press; 1983. p.153-176.
27. Pittayapinune T, Changsan R, Wilaiprasong S. Factors affected the decision for cervical cancer screening among women in Singhanakhon district Songkhla province. *Thaksin University Journal* 2015;2(19):89-97. (in Thai)
28. Keelapang K. Factors Affecting Preventive Behavior Concerning Cervical Cancer among Female Factory Workers in the Northern Region Industrial Estate, Lamphun province [Master's Thesis]. Changmai: Changmai University; 1995. (in Thai)

29. Twinn SF, Shia ATY, Holroyd E. Women's knowledge about cervical cancer and cervical screening practice. *Cancer Nursing* 2002;25:377-84.
30. Reid J. Women's knowledge of pap smear, risk factor for cervical cancer, and cervical cancer. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2001;30:299-305.
31. Furniss K. Tomatoes, Pap smear, and tea adopting behaviors that may prevent reproductive cancer and improve health. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2000;29: 6413- 652.
32. Panomai N, Kohrienchai L. The Promotion for cervical cancer screening among urban women in Khon Kaen province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2010;28(1): 14-21. (in Thai)
33. Ali KJ, Seyyd MK, Mina B, Seyyd HK. The Survey of Factors Affecting Pap Smears Based on Health Belief Model in Health Centers in Fasa, Fars province, Iran. *Women's Health Bulletin* 2015;2(4): 55- 65.
34. Pornsinsiriruck S. Factors related to cervical cancer screening behavior among thai-muslim women Krabi province [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)
35. Nanta Y. Factors related to cervical cancer screening behavior among housewives group Lanna *Public Health Journal* 2010;6(1):65-74. (in Thai)
36. Ngandum S. Factors related to and predicting cervical cancer screening behavior among women 30-60 years in Banrai sub-district, Muang district, Ratchaburi province *Journal of Public Health* 2015;43(2):175-187. (in Thai)
37. Srichan Y. Factors related to the screening of cervical cancer screening services for women in Pa Sak Sub-district, Phu Sang Subdistrict, Phayao Province. [Master's Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai).
38. Youngwattana J. Factors affecting the behaviors of cervical carcinoma among women in Mueang-District, SamutSangkhram province [Master's Theses]. Bangkok: Kasetsart University; 2008. (In Thai)
39. Waehayee U. Health belief in cervical cancer prevention among Muslim females in Bangpu Subdistrict, Yaring District Pattani province [Master's Thesis]. Changmai: Changmai University; 2008. (in Thai).
40. Glanz K, Rimer B, Viswanath A. (2008). *Health behavior and health education theory research and practice*. (4thed). U.S.A.; HB Printing.
41. Wongharimat S. Factors related to Non-screening of cervical cancer in communities that Selection: Nonthaburi province. *Journal thailandmedicalhub* 2556;9(1):12-20. (in Thai).
42. Krajachan S. Factors associated with self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Trat province *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(1):14-22. (in Thai)

## บทความวิจัย

นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่”  
The Innovation of JVP

Received: Nov 11, 2018  
Revised: Feb 15, 2019  
Accepted: Mar 5, 2019

ยุพเรศ โจมแพง พยม. (Yupared Jompaeng, MSN)<sup>1</sup>  
จूरินทร์ กอเจริญยศ พยม. (Chureerat Korcharoenyos, MSN)<sup>2</sup>  
จรินทร์ โคตพรม พยม. (Jarintorn Koteprom, MSN)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ คือ นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่” และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่” ดำเนินการพัฒนานวัตกรรมเป็น 2 ขั้นตอน ตอนที่ 1 การพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” โดยใช้กระบวนการ PDCA ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Plan) 2) ขั้นตอนดำเนินการ (Do) 3) ขั้นติดตามตรวจสอบการดำเนินงาน (Check) 4) ขั้นจัดทำประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานครั้งต่อไป (Act) ตอนที่ 2 ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล “JVP Meter ไม่ Error แน่” กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานในคลินิกโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability: IRR) วิเคราะห์เนื้อหา หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า 1) นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่” มีความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก ( $K = 0.96$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, SD = 0.38) โดยเฉพาะในเรื่องของนวัตกรรมมีความแข็งแรงทนทาน มีความเหมาะสมในด้านราคาและต้นทุนการผลิต สะดวกต่อการใช้งานและจัดเก็บ

**คำสำคัญ:** ภาวะหัวใจล้มเหลว, นวัตกรรมทางการพยาบาล, การตรวจ jugular vein pressure

<sup>1,3</sup>อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม <sup>1</sup>E-mail: pumuyaa@gmail.com,

<sup>2</sup>E-mail: yayhee@windowslive.com

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (กลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม,  
E-mail: jaeh16@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon, Nakhon Phanom University, Phanom, Thailand

## Abstract

The innovation of JVP meter aimed to develop nursing innovation. The purposes of this study were to develop an instrument to examine jugular venous pressure and to investigate the satisfaction of registered nurses towards the use of the JVP meter. The development of the JVP meter was divided into two-main steps. The first step was to develop the JVP meter in accordance with PDCA cycle: 1) plan and study concept and related studies; 2) do; 3) check; and 4) act by evaluating and reporting results and suggestions as a guideline for further study. The second step was to investigate the satisfaction of registered nurses towards the use of the JVP meter. The samples were selected using purposive sampling including: 2 registered nurses working at the Heart Failure Clinic, Sakon Nakhon Hospital over 10 years; and 30 patients with heart failure. Data were analyzed using inter-rater reliability: IRR, content analysis, mean, standard deviation (SD.), frequency, and percentage.

The results of the study were as follows: 1) the inter-rater reliability: IRR was “Very Good” ( $K \geq 0.96$ ;  $p = 0.01$ ); and 2) the overall satisfaction of using the JVP meter was “High” (Mean = 4.29, S.D. = 0.38). In particular, the strength and durability aspect and reasonable price and production cost aspect was at a “Highest” level of satisfaction.

**Keywords:** Heart failure, Innovation, Jugular vein pressure examination

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น โดยในสหรัฐอเมริกามีประชากรถึง 5.1 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันยังเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูงเฉลี่ยราวร้อยละ 10.00 ต่อปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย โรคหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย อันก่อให้เกิดอาการแสดงออกทางคลินิก (clinical presentation) ต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาด oxygen หรือ สารอาหาร รวมทั้งความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกาย<sup>1-2</sup> ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพโดยละเอียด ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการ การประเมินด้วยเครื่องมือที่แม่นยำทำให้สามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและช่วยประเมินอาการเพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษา เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ซึ่งการตรวจค่าความดันหลอดเลือดดำเป็นการตรวจที่เฉพาะสำคัญในผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งครอบคลุมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>1</sup>

จากการสอบถามประสบการณ์การฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัญหาการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ ดังเช่น “การตรวจใช้ไม้บรรทัดเป็นตัววัดการวัดได้ค่าไม่แน่นอน และค่าคลาดเคลื่อนไม่เท่ากัน” “อุปกรณ์ที่ต้องใช้ไม้บรรทัด 2 อัน ทำให้ลำบากในการจับวัดหรือต้องมีคนช่วยจับทำให้เสียเวลาในการวัด” “บางหอผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์ให้ นักศึกษาต้องใช้ไม้บรรทัดของตัวเองในการวัดอาจทำให้ได้ค่าไม่แน่นอน วัดได้ไม่ตรงกัน เกิดความคลาดเคลื่อน” “ได้ค่าที่ประเมินไม่เท่ากัน จึงเกิดความไม่น่าเชื่อถือ

ในการวัด และการวัดแต่ละครั้งจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ยุ่ยยาก ไม่สะดวกต่อการใช้งาน” “การตรวจวัดไม่มีเครื่องมือเฉพาะ ส่วนใหญ่มีการใช้เพียงไม้บรรทัดเป็นตัววัด ทำให้ได้ค่าที่ไม่ตรงกันและใช้เวลาในการหาอุปกรณ์มากเกินความจำเป็น ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้ล่าช้า” “ค่าที่วัดได้ไม่มีความเที่ยงตรงในการวัด ไม่มีความแม่นยำ” ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันคือ ไม่มีเครื่องมือที่ใช้ตรวจได้อย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่มีการใช้ไม้บรรทัดเป็นตัววัด ความแม่นยำน้อย ส่งผลให้การตรวจได้ค่าที่ไม่เท่ากัน เกิดความคลาดเคลื่อน ทำให้ใช้เวลาในการประเมินนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า อาจส่งผลคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้<sup>3</sup>

ในการวัดความดันเส้นเลือด jugular vein สามารถทำได้ 2 วิธีคือ<sup>4-9</sup> 1) แบบสอดใส่อุปกรณ์การตรวจเข้าไปในร่างกาย วิธีการนี้มีข้อดีตรงที่ค่าที่ได้ออกมาแม่นยำ แต่มีผลเสียคืออาจทำให้เกิดเส้นเลือดอุดตัน ติดเชื้อ มีน้ำและลมในเยื่อหุ้มปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ รวมทั้งต้องใช้การวางยาสลบซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการตรวจ และมีค่าใช้จ่ายสูง 2) แบบไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกายมีข้อดีคือไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ มีอุปกรณ์น้อย ราคาถูกและไม่มีการแทรกซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนวัตกรรม Bedside device to measure the jugular venous<sup>10</sup> ซึ่งเป็นนวัตกรรมของประเทศอเมริกา ได้คิดค้นนวัตกรรมการวัดความดันเส้นเลือด jugular vein แบบไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งมีข้อดีคือ วัสดุหาง่าย และไม่เกิดความคลาดเคลื่อน ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอแล้ว แต่ในประเทศไทยก็ยังไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ดังกล่าว และยังไม่มีพบนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวัดความดันเส้นเลือด jugular vein มาก่อน

ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหา และประโยชน์ของการพัฒนานวัตกรรม เพื่อช่วยให้มีเครื่องมือในการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ ได้อย่างแม่นยำ สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน จึงได้คิดค้นและพัฒนานวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่” ขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ
2. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่”

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้  
**ตอนที่ 1** การพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรม JVP meter โดยใช้กระบวนการ Plan, Do, Check, Act: PDCA  
**ตอนที่ 2** ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล “JVP Meter ไม่ Error แน่”

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้คือ

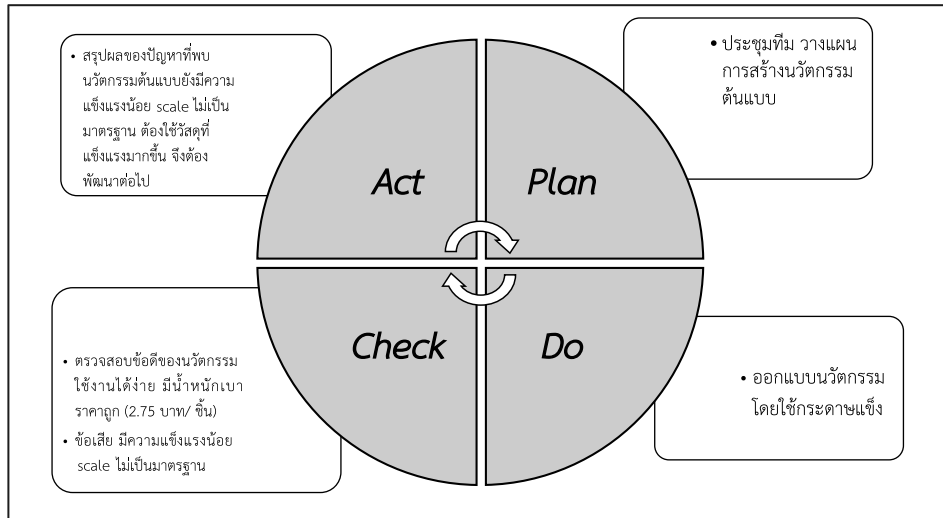
1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน
  - 1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่มีประสบการณ์ทำงานในคลินิกโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี
  - 1.2 ยินดีให้ความร่วมมือในการใช้เครื่องมือ
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

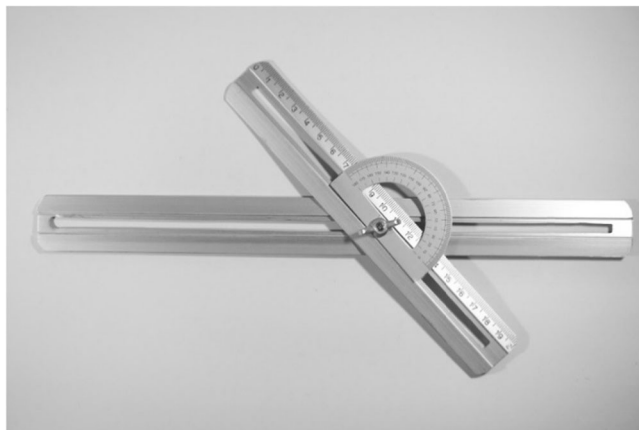
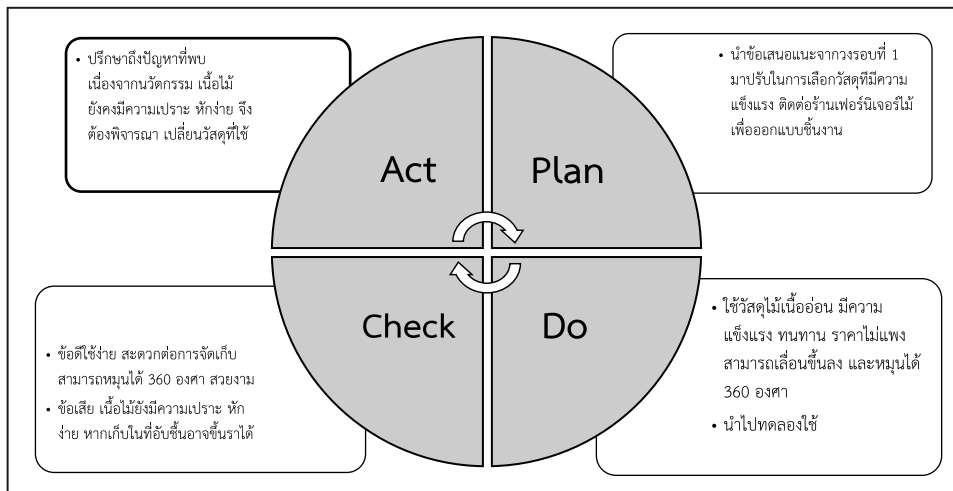
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ ได้แก่ “JVP Meter ไม่ Error แน่” ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3 คน (Index of item objective congruence เท่ากับ 0.90)
2. แบบบันทึกค่าความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 คน

## วงรอบที่ 1



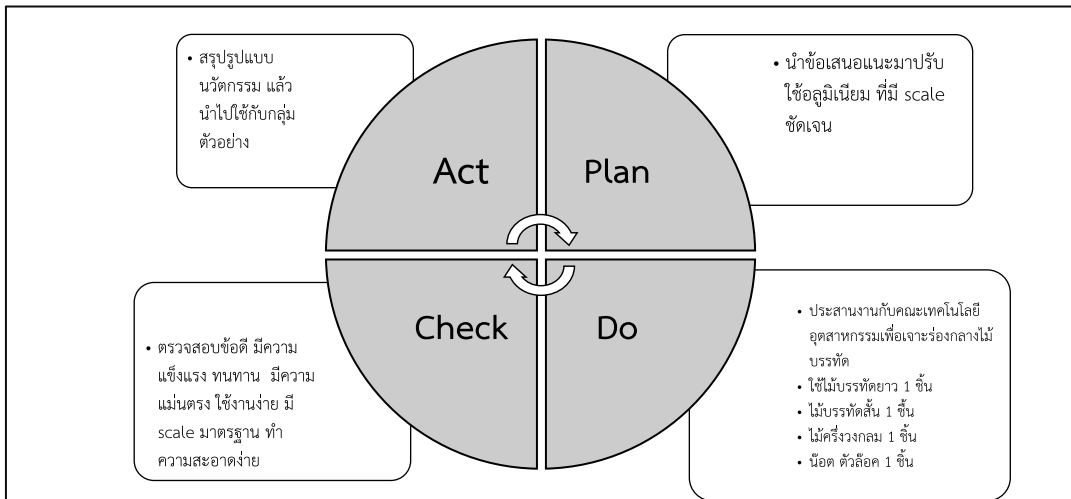
## วงรอบที่ 2



รูปที่ 1 แสดง JVP จากการพัฒนาในรอบที่ 2



## วงรอบที่ 3



รูปที่ 2 แสดงชิ้นงานนวัตกรรม JVP meter ที่เสร็จสมบูรณ์

3. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจหลังทดลองใช้นวัตกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการออกแบบ ด้านการนำไปใช้ ด้านความคุ้มค่า มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 คำตอบ จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ

#### วิธีการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวตามนัด พยาบาลคนที่ 1 จะลงรหัสผู้ป่วยในแบบบันทึก แล้วใช้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” ประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำที่คอของผู้ป่วย แล้วหลังจากนั้น พยาบาลคนที่ 2 ก็จะเป็นผู้ประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) ผ่านการวัดเส้นเลือดดำ

ที่คอของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยที่ลงบันทึกในแบบบันทึกคนละฉบับไปเรื่อยๆจนกว่าจะครบ 30 คน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม และคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีอิสระในการที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะตัวแปรที่วัดดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน Cohen's

Kappa coefficient (K)<sup>11</sup> เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ซึ่งค่า K ที่ได้ ตั้งแต่ 0.76 ขึ้นไป ถือว่ามีความเที่ยงระดับดีมาก (Excellent) ค่า K เท่ากับ 0.65-0.75 ถือว่ามีความเที่ยงระดับดี (Good) และค่า K เท่ากับ 0.40-0.60 ถือว่ามีความเที่ยงระดับปานกลางหรือพอใช้ (Fair)

### ผลการวิจัย

1. การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินเส้นเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure)

หลังการดำเนินการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินเส้นเลือดดำที่คอ โดยใช้กระบวนการ PDCA ได้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” ที่ทำมาจากอลูมิเนียม มีความแข็งแรงทนทาน มีความแม่นยำ มี Scale มาตรฐาน สะดวกต่อการใช้งาน และสามารถดูแลทำความสะอาดได้ง่าย และมีการใช้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” กับผู้ป่วยโรคหัวใจ

ล้มเหลว จำนวน 30 คน โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีมาก เท่ากับ 0.96 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่”

ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, SD = 0.38) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความพึงพอใจนวัตกรรมนี้ในด้านความแข็งแรงและทนทาน มีความเหมาะสมทั้งในด้านราคาและต้นทุนการผลิต อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.0, SD = 0) รองลงมาได้แก่ นวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งานและการจัดเก็บอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.67, SD = 0.58) มีการออกแบบนวัตกรรมได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา สามารถนำมาใช้ได้จริง และมีความแม่นยำในการวัดอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Mean = 4.33, SD = 0.58) ส่วนตัวนวัตกรรมมีขนาดเล็ก ง่ายต่อการเคลื่อนย้าย และมีรูปแบบที่สวยงามอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.67, SD = 0.58, Mean = 3.33, SD = 0.58) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล “JVP Meter ไม่ Error แน่”

ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	การแปลผล
<b>1. ด้านการออกแบบ</b>			
1.1 มีการออกแบบนวัตกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา	4.33	0.58	มาก
1.2 นวัตกรรมมีรูปแบบที่สวยงาม	3.33	0.58	ปานกลาง
1.3 นวัตกรรมมีขนาดเล็กง่ายต่อการเคลื่อนย้าย	3.67	0.58	ปานกลาง
<b>2. ด้านการนำไปใช้</b>			
2.1 นวัตกรรมสามารถนำมาใช้งานได้จริง	4.33	0.58	มาก
2.2 ผู้ที่ใช้นวัตกรรมมีความปลอดภัย	4.00	0	มาก
2.3 นวัตกรรมมีความแข็งแรงทนทาน	5.00	0	มากที่สุด
2.4 นวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งานและจัดเก็บ	4.67	0.58	มาก
2.5 นวัตกรรมมีความแม่นยำ เที่ยงตรงในการวัด	4.33	0.58	มาก
<b>3. ด้านการคุ้มค่า</b>			
3.1 นวัตกรรมมีความเหมาะสมในด้านราคาและต้นทุนการผลิต	5.00	0	มากที่สุด
<b>โดยรวม</b>	<b>4.29</b>	<b>0.38</b>	<b>มาก</b>

## อภิปรายผลการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินเส้นเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure)

ผลจากการพัฒนานวัตกรรมในการวัดความดันหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังการประเมินค่าความดันหลอดเลือดดำที่คอของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 30 คน โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่านวัตกรรม JVP Meter ไม่ Error แน่ นั้น มี Scale ที่ได้มาตรฐาน

จากแบบสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นต่อนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” ของพยาบาลวิชาชีพ ที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จากแบบสอบถามข้อที่ 1 คุณรู้สึกอย่างไรกับการใช้อุปกรณ์ “JVP Meter ไม่ Error แน่” เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้อุปกรณ์การวัดแบบเดิม พบว่าการใช้อุปกรณ์ “JVP Meter ไม่ Error แน่” มีความพอใจในอุปกรณ์ สะดวก ใช้ง่าย ปลอดภัยทำให้ได้ค่าที่เที่ยงตรงและแม่นยำมากขึ้นเพราะมีไมโครแทรกเตอร์เป็นตัววัดค่าองศาที่ชัดเจน แต่การปรับเลื่อนระดับ Scale ข้อที่ 2 คุณคิดว่านวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” สามารถใช้วัดความดันหลอดเลือดดำที่คอได้อย่างถูกต้องและแม่นยำหรือไม่พบว่า นวัตกรรมถือว่ามีความแม่นยำ เพราะมีไมโครแทรกเตอร์ในการวัดองศาที่แน่นอนแต่ยังมีปัญหาเรื่องการ Fixed scale ของไมโครแทรกเตอร์ เพราะ Fixed ยาก ข้อที่ 3 คุณคิดว่านวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” มีความสะดวก เหมาะสมกับการใช้งานหรือไม่อย่างไรพบว่า เป็นอุปกรณ์ชิ้นเดียว เหมาะสมกับการใช้งาน แต่การปรับเปลี่ยน scale ขึ้น-ลง ยังทำได้ค่อนข้างยาก ข้อที่ 4 คุณคิดเห็นอย่างไรกับวัสดุที่ใช้ในการทำนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” พบว่า เป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ดีวัสดุที่ใช้ในการทำค่อนข้างหนัก อาจจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บได้ (บริเวณหน้าอก) เมื่อใช้วัดเป็นเวลานาน สำหรับมุม 90 องศาไม่ชัดเจน ข้อที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนานวัตกรรม นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” พบว่า ควรปรับปรุงให้ใช้วัสดุที่เบา ควรมีการ Fixed องศาที่ชัดเจนว่า 90 องศาเลยไม่ต้องให้มาปรับ Fixed องศาอีกที

2. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรม “JVP meter ไม่ error แน่

เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนครพบว่า มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมทางการพยาบาล “JVP Meter ไม่ Error แน่” โดยรวมค่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, SD = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในด้านการออกแบบพบว่ามีความพึงพอใจในการออกแบบนวัตกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.33, SD= 0.58) และมีความพึงพอใจในนวัตกรรมมีขนาดเล็กง่ายต่อการเคลื่อนย้าย และนวัตกรรมมีรูปแบบที่สวยงามอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.67, SD = 0.58, Mean = 3.33, SD = 0.58 ตามลำดับ) อาจเป็นผลมาจากนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจได้อย่างรวดเร็ว มีความแม่นยำ ส่งผลให้การตรวจได้ค่าที่เกิดความคลาดเคลื่อนน้อย ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว ในด้านการนำไปใช้ มีความพึงพอใจในนวัตกรรมมีความแข็งแรงทนทานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00, SD = 0) และมีความพึงพอใจในนวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งานและจัดเก็บ, นวัตกรรมสามารถนำมาใช้งานได้จริง, นวัตกรรมมีความแม่นยำเที่ยงตรงในการวัด, ผู้ที่ใช้นวัตกรรมมีความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.67, SD = 0.58, Mean = 4.33, SD = 0.58, Mean = 4.33, SD = 0.58, Mean = 4.0, S.D.= 0 ตามลำดับ) อาจเป็นผลมาจากตัวนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” เป็นเครื่องมือที่ผลิตมาจากไมโครแทรกเตอร์อะลูมิเนียม ซึ่งมีความแข็งแรง ทนทาน ทำความสะอาดง่าย มี Scale มาตรฐานนวัตกรรมที่ผลิตขึ้นสามารถใช้ได้จริง ไม่มีอันตรายต่อผู้ใช้งาน ในด้านการคุมค่า มีความพึงพอใจในนวัตกรรมมีความเหมาะสมในด้านราคาและต้นทุนการผลิตอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00, SD = 0) สอดคล้องกับ ณัฐวุฒิ ถมจือหอ<sup>12</sup> กล่าวว่าอะลูมิเนียมเป็นโลหะที่มีลักษณะไม่เป็นเงา มีความหนาแน่นน้อย น้ำหนักเบา รับภาระน้ำหนักได้สูง สามารถขึ้นรูปได้ง่าย ไม่เสี่ยงต่อรอยร้าว และการแตกหักไม่เป็นสนิม ทนต่อการกัดกร่อน และไม่เป็นพิษต่อมนุษย์ อาจเป็นผลมาจากตัวนวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” เป็นเครื่องมือที่ใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำ วัสดุอุปกรณ์หาง่าย และราคาถูก สอดคล้องกับ Schmitz et.al<sup>10</sup> และ Bhattarai<sup>5</sup> ได้ศึกษาเรื่อง Bedside device to measure the jugular venous pressure. วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการ

วัด JVP ในผู้ป่วยหัวใจวายโดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้เครื่องมือทดสอบการเปรียบเทียบค่า JVP ก่อนใช้นวัตกรรม และหลังใช้นวัตกรรม ผลการวิจัยคือเครื่องมือนี้ใช้วัดได้สะดวกในสิ่งคมยากจน ให้ผลตรงกันกับผู้ตรวจหลายๆ คน และสร้างมาตรฐานใหม่ให้กับการวัด JVP

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าจากการพัฒนานวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” พยาบาลวิชาชีพ ที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนครผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจโดยรวมค่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, SD = 0.38) ทั้งนี้นวัตกรรม “JVP Meter ไม่ Error แน่” เป็นเครื่องมือที่ใช้งานได้ง่าย เป็นเครื่องมือที่ตรวจได้อย่างรวดเร็ว มีความแม่นยำ ส่งผลให้การตรวจได้ค่าที่เกิดความคลาดเคลื่อนน้อย มีความสะดวกต่อการใช้งาน และทำความสะอาดง่าย มีราคาที่เหมาะสม คุ่มค่าต้นทุนในการผลิตต่ำ วัสดุอุปกรณ์หาง่าย และราคาถูก มีความแข็งแรง ทนทาน

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้นวัตกรรม

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ทำให้มีเครื่องมือที่วัดค่าความดันหลอดเลือดดำที่คอได้แม่นยำ ใช้งานง่ายและสะดวกกว่าการใช้ไม้บรรทัดแบบเดิมทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

#### 2. ด้านประโยชน์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ เพราะหากประเมินได้ล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

#### 3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้มีเครื่องมือสามารถนำเนื้อหาความรู้ไปต่อยอดการศึกษาการสร้างนวัตกรรมในครั้งต่อไป และได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21

## References

1. Amaritakomo A. The role of Nurse in heart failure clinic. In Kanjanavanit R & Phrommintiku A, editor. Comprehensive Heart Failure Management Program. Chiangmai: Chiangmai University; 2014. P 77-92. (in Thai).
2. Phrommintiku A. Symptoms and signs of heart failure. In Kanjanavanit R & Phrommintiku A, editor. Comprehensive Heart Failure Management Program. Chiangmai: Chiangmai University; 2014. P 5-20. (in Thai).
3. Promnoi P. Central venous pressure monitoring: Clinical practice guide for nurses. Songklanagarind Journal of Nursing 2012;32(1):45-52. (in Thai).
4. Micheal J, Parihn N, Fergusson D. The jugular venous pressure revisited. Level and Clinic Journal of Medicine 2013;80(10):638-44.
5. Bhattarai M. Prospects of jugular venous pulse assessment. Journal of Nepal Medical Association 2010;49(179):247-74.
6. Naveen G, Nitish G. Jugular venous pulse: An Appraisal clinical medicine. Journal Indian Academy of Clinical Medicine. 2000;1(3):260-9.
7. Jevon P. Cardiovascular examination measuring jugular venous pressure. Clinical Practical Procedures 2007;10(1):28-29.
8. Socransky SJ, Wiss R, Robins R, Anwati A, Roy M, Yeung C. Defining normal jugular venous pressure with ultrasonography. Canadian Journal of Emergency Medicine 2010;12(4):320-24.

9. University of Washington Department of Medicine. Techniques: Jugular venous pressure Measurement [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 15]. Available from <https://depts.washington.edu/physdx/neck/tech1.html>.
10. Schmitz A, Moehling T, Harris K, Horn D. Bedside device to measure the jugular venous pressure [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 15]. Available from <http://bmedesign.engr.wisc.edu/projects/file/?fid=2452>.
11. Phasunon P. Evaluation on Inter-Rater reliability using kappa statistics. The Journal of Faculty of Applied Arts 2015;8(1):2-20. (in Thai).
12. Thomjorhor N. Ruler Measurement [Internet]. 2016 [cite 2016 Aug 9]. Available from: <http://tonanasia.com/wordpress/techniques/technical-measurement/>. (in Thai).

## บทความวิจัย

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม

### Factors Related to Operation of Elderly Club with Standard Quality in Nakhon Pathom Province

วิกรม รุจยากรกุล วท.ม. (Wikrom Rujyakronkul, M.Sc.)<sup>1</sup>

ปิยธิดา ตรีเดช ส.ด. (Piyathida Tridech, Dr.P.H.)<sup>2</sup>

สุคนธา ศิริ ปร.ด. (Sukhontha Siri, Ph.D.)<sup>3</sup>

ชาญวิทย์ ตรีเดช ปร.ด. (Charnwit Tridech, Ph.D.)<sup>4</sup>

Received: May 24, 2018

Revised: Jul 25, 2018

Accepted: Aug 27, 2018

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 102 ชมรม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ ด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-Square Test

ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีใช้ได้ รองลงมาคือระดับดีมาก (ร้อยละ 40.20 และ 38.20 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือ แหล่งเงินทุนจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ วิธีการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านกระบวนการบริหารจัดการของชมรม จากผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรสนับสนุนแหล่งเงินทุนจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีการให้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมและพัฒนาทักษะกระบวนการบริหารจัดการของชมรมเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จจนเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วม, การบริหารจัดการ, ชมรมผู้สูงอายุ

<sup>1</sup> นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Coke318@hotmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: phptd@mahidol.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sukhontha.siri@mahidol.ac.th

<sup>4</sup> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี E-mail: charnwit@most.go.th

## Abstract

This cross-sectional research aimed to examine factors related to undertaken of standard quality elderly clubs in Nakhon Pathom province. Simple random sampling technique was used to recruit 102 leaders from elderly clubs. Data were collected during September-December 2014. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation). Single variable relationships were analyzed using chi-square test to determine the correlations of each pair of variables.

The findings indicated that the operation of most standard quality elderly clubs in Nakhon Pathom met good to excellent criteria (40.20% and 38.20%, respectively). The factors of funding by elderly club members, news and information from other sources, committee responsibility sharing methods, overall community participation, and overall club management procedures statistically significantly correlated to the operation of standard quality elderly clubs ( $p < .05$ ).

The findings might be beneficial for executives or stakeholders involved in the operation of local or area standard quality elderly club. Funding supported by elderly club members, providing news and information from other sources in addition to public health personnel, promoting community participation, and improving club management skills and procedures in order to run the elderly club effectively. These will enable elderly club operations to reach their maximum future success, and benefit people in the area.

**Keywords:** participation, service management, elderly club

## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 และประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 และในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุ จำนวน 1 ใน 4 ของประเทศ<sup>1</sup> รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ขึ้นเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ สามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับ

การเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง<sup>2</sup> หนึ่งในนั้นคือนโยบายการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการมารวมตัวกันทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่ง ณ ขณะนี้มีชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ประมาณ 28,000 ชมรมทั่วประเทศ กระจายอยู่ทั้งระดับหมู่บ้านและองค์กร<sup>1</sup>

ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระบบหนึ่งของสังคมที่เกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือจากสถาบันและองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนดำรงอยู่อย่างสงบสุข นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุยังมีหน้าที่แฝงด้วยการเป็นองค์กรที่ค้ำบบาททางสังคมให้แก่

ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีผู้คอยรับการเกื้อหนุนจากสังคมเพียงฝ่ายเดียว แต่ประสบการณ์ ความรู้ ที่สั่งสมมาสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้และเมื่อเกิดการรวมกลุ่มขึ้นเป็นชมรมผู้สูงอายุจะทำให้เกิดพลังในการพัฒนาชุมชนต่อไป<sup>2</sup> การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะดำเนินการโดยภาครัฐเป็นผู้บริหารจัดการหรือจัดตั้งขึ้นตามคำสั่ง ส่งผลให้ชมรมเกิดความอ่อนแอ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ นำไปสู่ความล่มสลายในที่สุด<sup>3</sup> โดยปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความสำเร็คือสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเอง รัฐบาลเป็นเพียงผู้ผลักดันให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาเท่านั้น แต่การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต้องมาจากกลไกการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก แกนนำของชมรมเองเป็นหลัก เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรประชาชนที่ควรมีการบริหารจัดการด้วยตัวเอง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ครบถ้วน และสมาชิกเองมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติของพวกเขาคือทุกคน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร<sup>4</sup>

ความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วยทรัพยากรของชมรม ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า เพื่อใช้ในการดำเนินงานตามขั้นตอนและวิธีการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของชมรม โดยเน้นในเรื่องการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งปัญหาทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อันเป็นผลผลิตของชมรม โดยชมรมจะคงอยู่ได้ต้องมีสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลผลิตที่ได้รับ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนขึ้น คือ ขนาดของคณะกรรมการของชมรมเล็กลง การกำหนดตำแหน่งหลักของคณะกรรมการ การแก้ไขกฎระเบียบชมรม การจัดตั้งที่ทำการชมรมอย่างถาวร ได้ทำให้กรรมการและสมาชิกรับรู้ อย่างจริงจังถึงความจำเป็นเจ้าของชมรม กล้าคิดและกล้าแสดงออก มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีการทำงานเป็นทีม มีความเป็นผู้นำและเกิดการมีส่วนร่วมของกรรมการและสมาชิก<sup>5</sup> โดยการมีส่วนร่วมนี้ยังรวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ หน่วยงานบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การเปิดโอกาสให้

กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับและรับผิดชอบในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของโครงการ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานจากกิจกรรมที่ตนได้มีส่วนร่วม สิ่งเหล่านี้จะเป็นพลังผลักดันให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปอย่างราบรื่น ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุนับเป็นกระบวนการจัดการของกลุ่มที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในลักษณะเรียนรู้ร่วมกัน กำหนดระเบียบข้อบังคับของกลุ่มร่วมกันเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน เกิดการแบ่งงานกันทำอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับลักษณะกิจกรรมของแต่ละชมรมนั้น ซึ่งจะต้องสร้างความเข้าใจให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการของชมรม เนื่องเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและความเข้มแข็งของชมรมได้

จังหวัดนครปฐม มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 109,646 คน (ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2555) ประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 145 ชมรม มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 77,271 คน คิดเป็นร้อยละ 70.47 ซึ่งในจำนวนนี้มีชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 97 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 66.90 ซึ่งเป็นชมรมที่มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีคณะกรรมการอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจนและสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ จึงถือว่าชมรมแห่งนี้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่งผลต่อความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากร โครงสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหาร



จัดการของชมรมผู้สูงอายุกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ  
คุณภาพ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ ประธานชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม

#### ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (target population)** คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวนทั้งสิ้น 145 คน ของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพที่ยังมีการดำเนินกิจกรรมอยู่ในจังหวัดนครปฐม รวมทั้งสิ้น 145 ชมรม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 102 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งต้องผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป และ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ จากนั้นผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของชมรมผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอจำนวนทั้งสิ้น 7 อำเภอ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอผู้วิจัยได้จากการคำนวณตามสูตรดังนี้

$$= \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละกลุ่ม}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่ม

อำเภอ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	กลุ่มตัวอย่าง
เมือง	35	25
กำแพงแสน	26	18
นครชัยศรี	27	19
ดอนตูม	10	7
บางเลน	20	14
สามพราน	20	14
พุทธมณฑล	7	5
<b>รวม</b>	<b>145</b>	<b>102</b>

จากนั้นลำดับรายชื่อชมรมผู้สูงอายุตามตัวอักษรและให้อาสาสมัครสาธารณสุข 1 ท่านทำการจับฉลากแบบไม่คืนแทนผู้วิจัย ได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่ต้องการของแต่ละอำเภอ ดังตารางที่ 1

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน โดยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดนั้นได้มาจาก 1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ทรัพยากรของชมรมและโครงสร้างของชมรม 2) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่มาจากกรอบทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการและแบบประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคะแนนอ้างอิงจากต้นฉบับ โดยครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามปลายปิดเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งอื่นในชุมชนรวมทั้งสิ้น จำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทรัพยากรของชมรม เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับ จำนวนสมาชิกชมรม แหล่งเงินทุน สถานที่ตั้งชมรม วัสดุอุปกรณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสิ้น จำนวน 5 ข้อ

**ส่วนที่ 3** เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโครงสร้างของชมรม เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับ รูปแบบการจัดตั้งชมรม วิธีการในการคัดเลือกประธาน วิธีการคัดเลือกคณะกรรมการ วิธีการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการ การจัดทำระเบียบข้อบังคับของชมรม และการปรับเปลี่ยนระเบียบข้อบังคับของชมรม รวมทั้งสิ้น จำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 4** เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล อย่างละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ ในด้านประเภทการมีส่วนร่วมได้กำหนดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง และมีส่วนร่วมน้อย โดยแบ่งระดับการให้คะแนนตามแนวคิดดังนี้ มีส่วนร่วมน้อยให้คะแนน 1 คะแนน มีส่วนร่วมปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน มีส่วนร่วมมาก ให้คะแนน 3 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 20-60 คะแนน แบ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 36) หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 60-79 (คะแนน 36-47) หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 48 ขึ้นไป) หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก

**ส่วนที่ 5** เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการ ในด้านการวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุม ด้านละ 4 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์ 5 ระดับของลิเคอร์ท (Likert scale)

และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มาก หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร้อยละ 76-100  
ปานกลาง หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร้อยละ 51-75  
น้อย หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร้อยละ 26-50  
น้อยที่สุด หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร้อยละ 1-25  
ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร้อยละ 0

การแปลผลคะแนน  
คำนวณหาค่าพิสัย (Range) เพื่อจัดระยะห่างของช่วงชั้น ดังต่อไปนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{20-4}{3} = 5.33$$

ช่วงคะแนน 4.00-9.33 หมายถึง ระดับปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 9.34-14.66 หมายถึง ระดับปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 14.67-20.00 หมายถึง ระดับปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

**ส่วนที่ 6** เป็นแบบประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1. ข้อมูลทั่วไป คะแนนรวม 15 คะแนน โดยจะดูในเรื่อง อุดมการณ์ จำนวนสมาชิก สถานที่ตั้งชมรม

2. กรรมการ คะแนนรวม 10 คะแนน โดยจะดูในเรื่อง การประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นทางการ การประชุมคณะกรรมการ โครงสร้างคณะกรรมการ

3. กฎ กติกา คะแนนรวม 10 คะแนน โดยจะดูในเรื่อง ระเบียบข้อบังคับของชมรม การตรวจสอบด้านการเงินของชมรม การประชุมคณะกรรมการเพื่อรายงานสถานการณ์ด้านการเงินของชมรม

4. ระดมทุน (ยกเว้นฌาปนกิจสงเคราะห์) คะแนนรวม 20 คะแนน โดยจะดูในเรื่อง การระดมทุนจากสมาชิกจากท้องถิ่น จากองค์กรชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ จากภาครัฐ และฌาปนกิจสงเคราะห์

5. กิจกรรม คะแนนรวม 45 คะแนน โดยจะดูใน

เรื่อง กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมตรวจสุขภาพร่วมกันในกลุ่มสมาชิกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เจ็บป่วย กิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม ชมรมเป็นแหล่งศึกษาดูงานถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับชมรมหรือหน่วยงานอื่นๆ รวม 100 คนแฉ่น โดยมีการแบ่งระดับคุณภาพดังนี้

#### ระดับผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 1 (ดีเยี่ยม) คะแนนร้อยละ 80-100

ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 2 (ดีมาก) คะแนนร้อยละ 60-79

ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 3 (ดีใช้ได้) คะแนนร้อยละ 40-59

ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 4 (ดีเล็กน้อย) คะแนนร้อยละ < 40

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาแก้ไขข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ชีระทองคำ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา นาคะเกษียร และรองศาสตราจารย์ ดร.อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล ซึ่งเป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการพยาบาลชุมชนและเกี่ยวข้องกับกรดำเนินงานในชุมชน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในแต่ละปัจจัยและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นทำการแก้ไขและปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและส่งแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประเมินค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งได้ค่า CVI มากกว่า 0.8 ในทุกแบบสอบถาม จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มทดสอบเครื่องมือดังกล่าวนี้มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงและได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานของชมรมในทำนองเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นจึงคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มากกว่า 0.8

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์อย่างละเอียดและอธิบายประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการ ศึกษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างดำเนินการหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวในการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์เพื่อเป็นการป้องกันการเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการทำวิจัยและผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสการรับรองจริยธรรม 2014-072)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์นำมารวบรวมตรวจสอบความถูกต้องและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำไปลงรหัสการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ตั้งไว้ดังรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด/สูงสุดของคะแนนทรัพยากรของชมรม โครงสร้างของชมรม การมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหารจัดการ
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ได้แก่ ทรัพยากรของชมรม โครงสร้างของชมรม การมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการบริหารจัดการกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-Square Test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

## ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.70 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 48.10 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.30 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 27.40 และมีตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 52.90

**ส่วนที่ 2 ทรัพยากรของชมรม** พบว่า ขนาดของชมรมส่วนใหญ่เป็นชมรมขนาดกลาง คือมีจำนวนสมาชิก 201-500 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แหล่งเงินทุนหรือแหล่งประโยชน์ส่วนใหญ่ได้มาจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 62.70 สถานที่ตั้งชมรมส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 58.80 วัสดุอุปกรณ์ในชมรมส่วนใหญ่มีโต๊ะ เก้าอี้ คิดเป็นร้อยละ 60.80 การได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.10

**ส่วนที่ 3 โครงสร้างชมรม** พบว่า ส่วนใหญ่มีรูปแบบการจัดตั้งชมรมจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 78.40 โดยมีวิธีการคัดเลือกประธานชมรมส่วนใหญ่จากสมาชิกเสนอชื่อและลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.20 มีวิธีการคัดเลือกคณะกรรมการส่วนใหญ่โดยสมาชิกเสนอชื่อและมีสมาชิกอื่นรับรอง คิดเป็นร้อยละ 63.70 มีการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการตามตำแหน่งหน้าที่/ตามข้อบังคับ และตามความถนัด/ตามความสามารถ ร้อยละ 39.20 และร้อยละ 39.20 เท่ากัน มีการจัดทำระเบียบข้อบังคับของชมรม ร้อยละ 96.10 และมีการปรับเปลี่ยนระเบียบข้อบังคับตามความเหมาะสม ร้อยละ 84.30

**ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชน** พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.20 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางและมีส่วนร่วมในระดับสูงด้านการดำเนินกิจกรรม

**ส่วนที่ 5 กระบวนการบริหารจัดการของชมรม** พบว่า กระบวนการบริหารจัดการชมรมในภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.4 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการวางแผน ด้านการ

บริหารงานบุคคล ด้านการควบคุมกำกับ และด้านการจัดองค์กร มีระดับการปฏิบัติในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 84.40, 82.40, 81.40, 78.50 และ 74.50 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติด้านกระบวนการบริหารจัดการของชมรม พบว่าอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการจัดองค์กร และด้านการควบคุมกำกับ เท่ากับ 16.60, 17.00, 16.90, 16.40 และ 16.20 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 6 การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ** พบว่า ผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 40.20 รองลงมาคือ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 38.20 และมีส่วนน้อยอยู่ในระดับดีเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 7.80

**ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ทรัพยากร โครงสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ**

7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่าระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย และการมีตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 ทรัพยากรของชมรมกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่า แหล่งเงินทุนจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.3 โครงสร้างของชมรมกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่า วิธีการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่า ภาพรวมด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับการ

ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาไม่พบความสัมพันธ์

7.5 กระบวนการบริหารจัดการของชมรมกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่า ภาพรวมด้านกระบวนการบริหารจัดการของชมรมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า การดำเนินงานทุกด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1** เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีใช้ได้ รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 40.20 และร้อยละ 38.20 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในปี 2555 ที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพระดับดีมาก ร้อยละ 66.90 เนื่องจากการประเมินในระยะเวลาที่แตกต่างกันทำให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปโดยบางชมรมมีกิจกรรมที่ดำเนินการลดน้อยลง เป็นผลมาจากการได้รับงบประมาณสนับสนุนชมรมที่ไม่เพียงพอ การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมของชุมชนและการบริหารจัดการชมรมของประธานชมรม โดยหัวข้อที่ได้คะแนนในการประเมินน้อย ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองด้านร่างกายหรือสุขภาพของสมาชิก พบว่าชมรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.10) มีสมาชิกประเภทช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งชมรมที่มีสมาชิกประเภทนี้จะไม่ได้คะแนนหัวข้อนี้ และกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.10 มีจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งจะได้ 4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน เนื่องจากชมรมส่วนใหญ่มีการประชุมร่วมกันเพียงเดือนละ 1 ครั้ง จึงทำให้มี

การออกกำลังกายร่วมกันเมื่อมาประชุมเท่านั้น ทำให้ชมรมได้คะแนนในการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีใช้ได้

**วัตถุประสงค์ที่ 2** เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากร โครงสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จากผลการศึกษาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ด้านทรัพยากรของชมรมผู้สูงอายุ แหล่งเงินทุน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแหล่งเงินทุนหรือแหล่งประโยชน์ได้มาจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 62.70 และได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 16.70 ปัจจัยภายนอกชมรม มีความสำคัญต่อการดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ ความร่วมมือจากบุคลากรหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการจัดกิจกรรม โดยงบประมาณและบุคลากรถือได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นและช่วยเอื้อให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ความภาคภูมิใจของสมาชิกชมรมงบประมาณ ความร่วมมือจากบุคลากรหน่วยงานต่างๆ เป็นจุดแข็งที่สำคัญของการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ<sup>7</sup> นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมที่จัดขึ้นก็เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ชมรมเติบโต โดยเฉพาะกองทุนส่งเสริมอาชีพและกองทุนร้านค้า และครอบครัวของผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ<sup>8</sup>

ด้านโครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุ วิธีการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาพบว่าการแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการตามตำแหน่งหน้าที่/ตามข้อบังคับ และตามความถนัด/ตามความสามารถ ร้อยละ 39.20 โดยโครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิก และกรรมการ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองและรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่นั้น ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานของชมรมเป็นไปอย่างมีระบบ ผู้นำชมรมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ชมรมมีการดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง และต้องเป็นผู้ที่ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ โดยปัจจัยภายนอก

ชมรมที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของชมรม คือ ความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุและองค์กรในชุมชน ซึ่งมีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งด้านทุนและข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนารูปแบบของกิจกรรมของชมรมให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ชมรมยังจำเป็นต้องมีโครงสร้างของชมรม และมีสายการบังคับบัญชาซึ่งโครงสร้างชมรมมีความสำคัญเพราะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานกิจวัตรประจำวันของชมรม ที่จะมุ่งไปสู่เป้าหมายที่กำหนด โครงสร้างชมรมจะทำให้เกิดความชัดเจนเรื่องของอำนาจหน้าที่และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในชมรม ทำให้เกิดความมีระเบียบภายในชมรม<sup>9</sup> และผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ และวันปิยมหาราช การดำเนินงานของชมรมเน้นให้เกิดความอิสระในการดำเนินกิจกรรม และในการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและกลุ่ม<sup>9</sup>

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาพรวมพบว่า มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.20 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า การวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาไม่พบความสัมพันธ์ จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า ชุมชนจะมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด คือร้อยละ 44.10 ด้านการวางแผนและการติดตามประเมินผลเท่ากัน คือ ร้อยละ 40.20 และด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ร้อยละ 34.30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pompilaisawat<sup>10</sup> ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Imsombhat<sup>11</sup> ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

จังหวัดอ่างทอง พบว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.80 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Bhanij<sup>12</sup> ที่พบว่า ด้านการปฏิบัติในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80 แต่แตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมในด้านการวางแผนกิจกรรมชมรมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.50 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุด้านการร่วมจัดกิจกรรมชมรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.20 ด้านการรับประโยชน์จากกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.00 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมด้านการประเมินผลกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.20 เมื่อพิจารณาในภาพรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.80<sup>11</sup>

ด้านกระบวนการบริหารจัดการของชมรมในภาพรวมพบว่ามีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า การดำเนินงานทุกด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากระบวนการบริหารจัดการชมรมในภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 82.40 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการวางแผนด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการควบคุมกำกับ และด้านการจัดองค์กร มีระดับการปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 84.40, 82.40, 81.40, 78.50 และ 74.50 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kunepong และ Wisut<sup>13</sup> ที่ศึกษาปัจจัยทำนายประสิทธิภาพผลการบริหารงานของชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านในจังหวัดชัยนาท พบว่า กระบวนการบริหารจัดการด้านการวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพผลการบริหารงานของชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านที่ระดับ .01 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Petchsawat<sup>14</sup> ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการ

สุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีระดับปานกลาง ด้านการวางแผนงบประมาณไม่เพียงพอ การบริหารบุคคล องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดกำลังคน การอำนวยความสะดวกในการประสานงานและการควบคุมกำกับงานผู้สูงอายุมีระดับต่ำและอาสาสมัครมีส่วนร่วมการจัดการน้อย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ดังต่อไปนี้ ซึ่งผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สามารถใช้ข้อมูลผลการศึกษานี้เพื่อใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ให้กับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ โดย

1. การสนับสนุนแหล่งเงินทุนจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของชมรมร่วมกัน

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สื่อสาธารณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารให้ได้มากที่สุด

3. การแบ่งความรับผิดชอบของคณะกรรมการ

4. การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งการวางแผนดำเนินกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล

5. พัฒนาทักษะกระบวนการบริหารจัดการของชมรม ทั้งการวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จจนเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพกับชมรมที่มีผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพในระดับดีเยี่ยม เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน

## References

1. Damrikanlert L. Integrated Elderly Care in Communities. 1<sup>st</sup> ed. Nakhon Pathom: Office of Community Health Research and Development, Institute of ASEAN Health Development; 2012. (in Thai).
2. Yodpet S. Issues related to the elderly; Family and community role, family institution aspect of social welfare. Bangkok: Jprin; 1997. (in Thai).
3. Pansit P. A Model and Operation of Senior Citizen Clubs In Amphoe Pakphayooob Changwat Phattalung [Master's thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011. (in Thai).
4. Siripanich B. Elderly Club; the study of proper processing. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Spiritual printing; 1996. (in Thai).
5. Siviroj P. Development of Organization Management Model of Elderly Club for Self-Health Care [Doctoral's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2000.
6. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's Place in Rural Development: Seeking Charity through Specificity. New York: World Development; 1980.

- 7 Udplong A. Factors driving the elderly club's activities : A case study of Ban Mae La Mao elderly club, Pha Wor Subdistrict, Mae Sot District, Tak Province. [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2013. (in Thai)
- 8 Jinarat J. The continuity of elderly club for health promotion: A case study of the Banpaknam elderly club, Kudlad, Maung District, Ubonrajathanee Province. [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2003. (in Thai)
- 9 Meechai T. Community participation of Banpakham elderly club, Pai District, Mae Hong Son Province. [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001. (In Thai)
- 10 Pornpilaisawat R. Participation of Elderly club members in health promoting: A case study of Phutthamonthon District, Nakhon Pathom Province. [Master's thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2005. (in Thai)
- 11 Imsombhat P. Factors related to the Elderly's participation in the activities of elderly club of Ang Thong Province. [Master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2003. (In Thai)
- 12 Bhanij N. Factor supporting the operation of village health volunteer clubs at the district level in Chumphon Province. [Master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2002. (in Thai)
- 13 Kuneepong A., Wisut, P. Factors Predicting the Effectiveness on Administration of Village Elderly Groups, Chainat province. Proceedings of the 4<sup>th</sup> SAU National Interdisciplinary Conference 2017; 2017 June 23-24; Bangkok, Thailand. Office of Research: Southeast Asia University; 2017. (in Thai)
- 14 Petchsawat N. Community participation in management of elderly health services: A case study of primary care unit in Thayang District, Petchburi Province. [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009. (in Thai)



## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ  
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจThe Effect of a Humanitude Care Program on the Anxiety of Older Persons Who  
were Admitted in a Coronary Care Unit

Received: Jul 7, 2018  
Revised: Oct 19, 2018  
Accepted: Dec 24, 2018

อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ พย.ม. (Atcharaporn Youyangket, M.N.S)<sup>1</sup>  
จิราพร เกศพิชญวัฒนา ปร.ด. (Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.)<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล, ฮิวแมนนิจูด, ผู้สูงอายุ, หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: atcharapom.you@gmail.com

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: wattanaj@yahoo.com

### Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to compare: 1) the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit before and after undergoing a humanitude care program in an experimental group; and 2) the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit between the experimental group who underwent the program and a control group who received only conventional nursing care. Participants consisted of 44 elderly patients, men and women aged 60 years and over, with moderate anxiety levels. They were admitted in the coronary care unit of Rajavithi Hospital. The first 22 participants were assigned to the experimental group and the other 22 participants were assigned to the control group. The experimental group received the program designed by the researcher which was scheduled for 3 days. Research instruments were: 1) the humanitude care program for elderly persons with anxiety, and 2) the State Anxiety Inventory: Form X-1, Thai version. All instruments were validated for content validity by five professional experts. The reliability of anxiety scale was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that:

1. The post-test mean score of the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit and participated in the Humanitude program was significantly lower than the pre-test mean score ( $p < .05$ ).
2. After participating in the program, the mean score of the anxiety of the experimental group was lower than those who received only conventional nursing care. ( $p < .05$ ).

**Keywords:** anxiety, Humanitude, older person, coronary care unit

### บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรมีแนวโน้มเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 90.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 107.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน<sup>1</sup> ทั้งนี้อุบัติการณ์พบสูงขึ้นมากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสัดส่วนประชากรสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติทางหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จะได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อให้หายจากโรคและป้องกันการเสียชีวิต แต่ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ความวิตกกังวลขึ้น และมีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป<sup>2</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ<sup>3</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต้องการความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การติดต่อสื่อสารที่ดีจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่คำนึงถึงความเป็น

มนุษย์ ด้วยการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล แต่ด้วยภาวะวิกฤติด้านร่างกายที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญจึงทำให้การพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ ร่วมกับพยาบาลมีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์หรือการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยอายุเป็นไปได้น้อยลง<sup>4</sup> ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลง และขาดการกระตุ้นทางกายสัมผัส<sup>5</sup> อีกทั้งต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย<sup>6</sup> การแยกจากครอบครัว<sup>7</sup> เนื่องจากจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยม การจำกัดกิจกรรมบนเตียง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอน ซึ่งผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตของตนเอง และไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ<sup>8</sup> ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 60.00<sup>9</sup> ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00<sup>10</sup> และความวิตกกังวลจะมีระดับสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้ารับการรักษา<sup>11</sup>

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะของบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้เกิดการตื่นตัว รู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หรือกระวนกระวายใจ<sup>12</sup> หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการกับความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หากมีความวิตกกังวลระดับสูงจะกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต<sup>11,13</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความวิตกกังวลในวันแรกที่เข้ารับการรักษาจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล<sup>14</sup> จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่ควรได้รับการดูแลเช่นเดียวกับปัญหาทางกาย แต่อย่างไรก็ตาม

ในทางปฏิบัติด้วยภาระงานที่หนัก และการพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤต จนละเลยความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวล ประกอบกับการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาระประเมินและทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล ปัจจุบันจึงเริ่มมีการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลายรูปแบบ โดยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เช่น การให้ข้อมูลความรู้ในรูปแบบการสอน การใช้ดนตรีบำบัด และสุคนธบำบัด ทั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และญาติหรือผู้ดูแลทั้งสิ้น

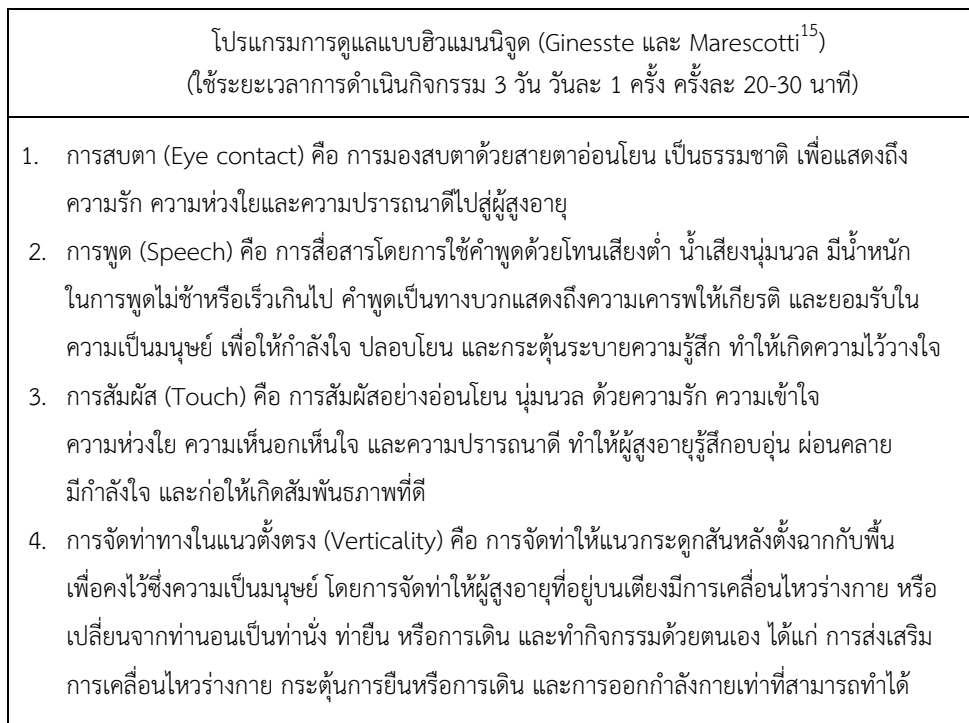
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste และ Marescotti<sup>17</sup> เป็นรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ โดยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความ เป็นมนุษย์ เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ โดยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ผ่านการสบตาอย่างอ่อนโยน พร้อมรอยยิ้มที่จริงใจ และการพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยนและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ร่วมกับการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจากพยาบาล จะช่วยถ่ายทอดอารมณ์ความรัก ความเข้าใจ ความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ โดยไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์และความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และได้รับการยอมรับในความเป็นมนุษย์จากพยาบาล พร้อมอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจในความทุกข์ทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ เสริมสร้างกำลังใจ และก่อให้เกิดความหวัง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานเหล่านั้น

ได้ทำให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ สบายใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวลลง<sup>15,16</sup> อีกทั้งยังทำให้เกิดความใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน<sup>17</sup>

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะต้องนอนพักบนเตียงนานๆ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประโยชน์ทางการรักษา แต่กลับส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการสูญเสียความเป็นมนุษย์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ต่อตนเองในด้านลบ ความสนใจในร่างกายตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จนเกิดความวิตกกังวลตามมา<sup>15</sup> การส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ร่างกายอยู่ในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง การลุกนั่ง การยืน และการเดิน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยตามหลักแนวความคิดดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง เข้าด้วยกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ ความหวัง เกิดคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้ความวิตก

### กรอบแนวความคิดการวิจัย



กังวลลดลง<sup>15,16</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง .50 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน<sup>18</sup> แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความวิตกกังวลขณะเผชิญระดับปานกลางขึ้นไป ไม่มีการเจ็บป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ภาวะข้อศอก โรคไตวายเฉียบพลัน หรือโรคถุงลมโป่งพอง ยกเว้นภาวะที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump [IABP])

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ
  - 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The

State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger และคณะ ฉบับแปลไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ<sup>19</sup> จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และความวิตกกังวลระดับสูง (60-80 คะแนน)

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Ginesste และ Marescotti<sup>17</sup> เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

2.2 แบบประเมินการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวล ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบ “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” เกณฑ์การประเมินผล คือ คะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.9

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เลขที่ 220/2559 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและปฏิบัติตามแนวที่คณะกรรมการกำหนดไว้ทุกประการ

### การดำเนินการวิจัย

1. ชั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการฝึกอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดย Yves Gineste และคณะ<sup>15</sup> จากนั้นขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 22 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน ได้แก่ อายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จนครบจำนวน 22 คน ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. ชั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 3 วัน จากนั้นประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 (ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธ์ภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เต็มใจให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสบาย คลายความวิตกกังวล และเข้าพบผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “แรกพบ” โดยใช้เทคนิคการเคาะประตู ส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้และขออนุญาตเข้าไปให้การดูแลทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (ใช้เวลา 4 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) และการพูด (Speech) เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “สบตาดูด้วยรัก” โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าและให้อยู่ในระดับสายตาของผู้สูงอายุ ระยะห่างจากตัวผู้สูงอายุ ประมาณ 15-20 เซนติเมตร ผู้วิจัยเริ่มสบตากับผู้สูงอายุด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดูแลหรือการให้กิจกรรมทางการแพทย์ พูดคุยเรื่องทั่วไปที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ ลักษณะคำพูดเชิงบวก การกล่าวชื่นชม หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิด และสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 3 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกรดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) เพื่อกระตุ้นให้ระบายนความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและเต็มใจให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ด้วยกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” โดยผู้วิจัยสบตาและให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ร่วมกับการพูดกระตุ้นให้ระบายนความรู้สึกที่มีอยู่ภายใน พร้อมทั้งรับฟัง ปลอบโยน และให้กำลังใจ ร่วมกับกิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจดทำหนังสือสูงให้แนวสันหลังตั้งฉากกับพื้นมากที่สุด แนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึก และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง เพื่อให้ผ่อนคลาย และลดอาการเหนื่อยล้า (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) คือ ขั้นตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังให้การดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด และการสัมผัส เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดีๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ด้วยกิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในขณะที่ผู้วิจัยใช้มือทั้งสองข้างประคองมือผู้สูงอายุขึ้นมา แล้วลูบหลังมือของผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล พร้อมทั้งสบตาและยิ้มให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการณ์การดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการสิ้นสุดการดูแล โดยใช้ องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูดและการสัมผัส เพื่อให้ผู้สูงอายุกู้ถึงถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม “การนัดหมาย” โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุ และทำการนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไป จากนั้นกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 2 (ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัย เข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 และเพิ่มกิจกรรมการดูแลในขั้นตอนการปฏิบัติการณ์การดูแล ได้แก่ กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” เพื่อให้ผู้สูงอายุกู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง โดยนำองค์ประกอบ การจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) มาผสมผสานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายข้างเดียว ได้แก่ การนั่งห้อยขาข้างเดียว การยืน และการเดินออกจากเตียง ตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

กิจกรรมวันที่ 3 (ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัย เข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 ครั้งที่ 2 โดยเพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การสิ้นสุดการปฏิบัติการณ์การดูแล โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัย

แจ้งการสิ้นสุดการดูแล และกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 1-2 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test statistic)

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test statistic)

## ผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.10 เพศชาย ร้อยละ 40.90 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.10 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.80 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.40 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.10 ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.20 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70.50, 54.50 และ 38.60 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 81.80

2. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีค่าเท่ากับ 50.09 (ระดับปานกลาง) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 39.86 (ระดับต่ำ) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (n=44)

ความวิตกกังวล	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง	21	8.038	.000
หลังการทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความวิตกกังวล	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	48.36	5.29	ปานกลาง	42	1.022	.313
กลุ่มทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	51.55	5.41	ปานกลาง	42	7.090	.000
กลุ่มทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

3. ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 51.55 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 39.86 (ระดับต่ำ) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตามตารางที่ 2

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความ

วิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยหัวใจและหลอดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งไม่ได้คาดการณ์มาก่อน การไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และการรักษาที่เฉพาะด้านทำให้ปิดกั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ขาดความเป็นส่วนตัว การรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอนในชีวิต ความกดดันหรือขัดแย้งที่ประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตจนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เหล่านั้นได้ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจึงต้องการการดูแลทางด้านจิตใจควบคู่กับทางกาย มีความต้องการได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากเจ้าหน้าที่<sup>3</sup> รวมทั้งได้รับการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ที่ต้องการได้รับข้อมูล ความเคารพ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายจากความวิตกกังวล ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด<sup>15</sup> โดยให้การ



ดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสบตา คือ การสื่อสารผ่านทางสายตา ที่แสดงให้เห็นถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ และเป็นการยอมรับในการมีตัวตน และเป็นจุดเริ่มต้นของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน 2) การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญเพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การพูดให้กำลังใจ การปลอบโยน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ ความอบอุ่น และปลอดภัย รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และการกระตุ้นด้วยคำพูดของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง และคลายความวิตกกังวลได้ 3) การสัมผัส (Touch) คือ การสัมผัสอย่างอ่อนโยน แสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้ป่วยสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยการสัมผัสจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกที่ผิวหนัง กระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส ผ่านใยประสาท (Myelin neurons) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ไปสู่อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รับรู้ถึงความรัก ความเป็นมิตร รู้สึกผ่อนคลาย และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ การต่อต้าน การดูแลที่ได้รับ และ 4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ และส่งผลต่อสุขภาพทางกาย<sup>16</sup>

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ซึ่งบูรณาการทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ลดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย โดยกระทำร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยนให้กำลังใจ หรือการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการจัดท่าและการเคลื่อนย้าย ที่ถูกต้องตามหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายได้ดีขึ้น และส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda และคณะ<sup>20</sup> พบว่าการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตได้

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ<sup>17</sup> พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลดีขึ้น ไว้วางใจพยาบาล โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน การพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยน และการสัมผัสที่นุ่มนวลจากพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย และรับรู้ถึงการมีตัวตน หรือความเป็นมนุษย์ในตนเองเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และง่ายต่อการให้การพยาบาล

จากการอภิปรายผลข้างต้น สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยลดหรือป้องกันความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง โดยขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยในกลุ่มติดเตียง

ผู้ป่วยศัลยกรรม หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ควรปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน หรือปรับรูปแบบกิจกรรมโดยเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

### References

1. Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2017: Statistic of death by leading cause group, 2012-2016 [Internet]. 2017 [cite 2018 Feb 1]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health%20stratistic%202560.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health%20stratistic%202560.pdf)
2. Kosolchuenvijit J. Caring: Central focus of humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013;29:134-41. (in Thai)
3. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. Journal of Clinical Nursing 2012;21:825-32.
4. Han KS, Park YI. The level of anxiety and relating factors of ICU patients. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education 2002;8:155-66.
5. Hanucharunkun S. Nursing: the science of practice. 2nd ed. Bangkok: V J printing; 2011. (in Thai)
6. Tullmann DF, Hawkes PB, Enfield EH. The critical care environment. In: Foreman MD, Milisen K, Fulmer TT, editors. Critical Care Nursing of the Older Adult: Best Practices. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 23-35.
7. Moser DK, Chung ML, Mckinley S, Regel B, An K, Cherington CC. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment management. Intensive and Critical Care Nursing 2003;19:276-88.
8. Eliopoulos C. Gerontological nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. Koh CK. Patients' anxiety in intensive care units and its related factors. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2007;37:586-93.
10. Balasubramanian N. A study to assess level of anxiety among intensive care unit (ICU), patients in a selected hospital, Salem, Tamilnadu. Asian Journal of Nursing Education and Research 2013;3: 88-92.
11. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, et al. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. The Journal of Acute and Critical Care 2004;33:75-82.
12. Spielberger CD, Guerrero RD. Cross-Cultural Anxiety. New York: Hemisphere Publishing Corporation; 1983.
13. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study. The British Journal of Psychiatry 2008;193:108-13.

14. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care* 2004;13:136-45.
15. Gineste Y, Marescotti R. The sensory capture and feedback in the management of behavioural disturbances in demented old patients during basic care [Internet]. 2008 [cited 2015 Oct 1]. Available from: <http://cec-formation.net.pagespersoorange.fr/sensorycapture.htm>.
16. Phaneuf M. The concept of humanitude as applied to general nursing care [Internet]. 2007 [cited 2016 Sep 1]. Available from: [http://www.infiressources.ca/fer/ Depotdocumentanglais/The concept of humanitude as applied to general nursing care.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocumentanglais/The%20concept%20of%20humanitude%20as%20applied%20to%20general%20nursing%20care.pdf).
17. Ito M, Honda M, Gineste Y, Marescott R, Hirayama R, Shimada C, et al. An examination of the influence of Humanitude caregiving on the behavior of older adults with dementia in Japan. [Internet]. 2015[cited 2016, Sep 17]. Available from: [http://humanitude-usa.com/wpcontent/uploads/ 2015/11/Diapositive1.pdf](http://humanitude-usa.com/wpcontent/uploads/2015/11/Diapositive1.pdf).
18. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and Generation of Evidence*. 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
19. Detyoddee P. The effect of transitional information on anxiety reduction in patients with acute coronary syndrome discharging form intensive care. [Master's thesis of Nursing Science]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
20. Honda M, Mori M, Hayashi S, Moriya K, Marescotti R, Gineste Y. The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine* 2013:s207.

## บทความวิจัย

## การพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน A Development of Interprofessional Education Learning Model for Health Promotion among the Elderly in the Community

อติญาณ์ ศรีเกษตริน กศ.ด. (Atiya Sarakshetrin, Ed.D.)<sup>1</sup>

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ ปร.ด. (Atcharawadee Sriyasak, Ph.D)<sup>2</sup>

วารุณี เกตุอินทร์ พย.ม. (Varunee Ketin, M.N.S)<sup>3</sup>

दारาวรรณ ร่องเมือง ปร.ด.(Daravan Rongmuang, Ph.d)<sup>4</sup>

Received: Mar 1, 2019  
Revised: Mar 22, 2019  
Accepted: Mar 29, 2019

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ฯ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการสัมภาษณ์อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (n=10) ในประเด็นการจัดการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ความต้องการ และรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และแจกแบบสอบถามความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ และทันตสาธารณสุขศาสตร์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (n=229) **ขั้นตอนที่ 2** การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การเรียนรู้ที่ 1 การเรียนรู้แต่ละวิชาชีพ การเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำ การเรียนรู้ที่ 3 การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ที่ 4 การคิดสร้างสรรค์ **ขั้นตอนที่ 3** การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ตามเกณฑ์ 80/80 และการนำรูปแบบการเรียนรู้ไปทดลองใช้กับ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จาก 5 สาขาวิชาชีพ (n=35) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามความสมัครใจ และ**ขั้นตอนที่ 4** การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที (Paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, <sup>1</sup>Email: atiya\_s@hotmail.com

<sup>2,3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี,

<sup>2</sup>Email: sreyasak@hotmail.com, <sup>3</sup>Email: neng\_pck@hotmail.com

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวรรดิ, Email: Drongmung@gmail.com

<sup>1,2,3</sup>Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Phetchaburi, Thailand

<sup>4</sup>Boromarajonani college of nursing Jakkiraj

1. หลักสูตรการสอนของสถาบันพระบรมราชชนกสำหรับนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่ผ่านมายังไม่มีเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพโดยตรง มีเพียงสอดแทรกในรายวิชาต่างๆ และจากการประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาทั้ง 3 สาขาวิชาชีพมีความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับอาจารย์ผู้สอนที่เสนอว่าควรจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ในรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตร

2. ร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากและมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบของกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพกับประสิทธิภาพของผลสัมฤทธิ์ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 81.23/83.52 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ หลังเข้าร่วมรูปแบบการเรียนรู้ สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมรูปแบบการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งด้านบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการคิดสร้างสรรค์ อยู่ในระดับมากทุกด้าน

4. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การเรียนรู้ที่ 1 การเรียนรู้แต่ละวิชาชีพ การเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำ การเรียนรู้ที่ 3 การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ที่ 4 การคิดสร้างสรรค์ ซึ่งทุกการเรียนรู้เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริง ร่วมกับการสะท้อนคิด และต้องส่งเสริมให้นักศึกษามีการพัฒนานวัตกรรมร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ

**คำสำคัญ:** การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การวิจัยและพัฒนา

## Abstract

This research and development aimed to develop the interprofessional education learning model for health promotion among the elderly in the community and evaluate the effectiveness of the learning model. The research was conducted in 4 stages as the following: Stage 1: study of fundamental data. Samples were faculties in nursing college and public health college ( $n=10$ ). They were interviewed according to interprofessional education teaching and learning, need of teaching, and interprofessional education learning model for health promotion among the elderly in the community. Nursing students, public health students, and dental public health students ( $n=229$ ) under the Ministry of Public Health were self-evaluated according to their ability to work with an interprofessional team. Stage 2: the interprofessional education learning model design including module 1, knowing each profession; module 2, leadership; module 3, team working; and module 4, creative thinking. Stage 3: The evaluation of the effectiveness of the interprofessional education learning model based on 80/80 evaluation criteria. The learning model was implemented with the 3<sup>rd</sup> year student from 5 professions ( $n=35$ ). The sample were selected using purposive sampling and willing to participate. Stage 4: The improvement of interprofessional education learning model. Data were analyzed using descriptive statistics, and pair t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed as following:

1. There was no specifically content of interprofessional education learning in the nursing and public health curriculum. It was integrated in some subjects. The ability of interprofessional working of the three branch students was at moderate level. Consistent with data from the faculties, it was recommended to add interprofessional education activities as an extra-curriculum.

2. The interprofessional education learning model for health promotion among the elderly in the community was appropriate and congruence between the learning model and the components of interprofessional education learning were at a high level. The efficiency of the learning model and achievement was  $E1/E2 = 81.23/83.52$  which the criterion was met.

3. There was a significant difference in mean attitudes score toward interprofessional working and the ability to work with interprofessional team between before and after participating in learning model ( $p < .05$ ). There was a high level of interprofessional collaboration skill, role of interprofessional, leadership, and teamwork and creativity.

4. The interprofessional education learning model for health promotion among the elderly in the community compose of 4 modules including: module 1, knowing each profession; module 2, leadership; module 3, team working; and module 4, creative thinking. Teaching method in all modules should integrate experiential learning, and reflective thinking. Moreover, students should be encouraged to create innovations among interdisciplinary.

**Keyword:** interprofessional education, health promotion of the elderly, research and development

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) แล้ว โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคาดหมายกลางปีเพิ่มเป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 26.20 ในปี พ.ศ. 2572<sup>1</sup> และประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ในอีก 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ปราศจากความเจ็บป่วยมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระและมีความสุข กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาศุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 10 ปี (พ.ศ. 2557-2566) เน้นยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย

ของบริการที่พึงประสงค์คือ บริการสุขภาพองค์รวม บริการสุขภาพผสมผสาน และบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง<sup>2</sup> การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพจากกลุ่มสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อการบูรณาการอย่างครบวงจร ดังนั้นการเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญยิ่ง

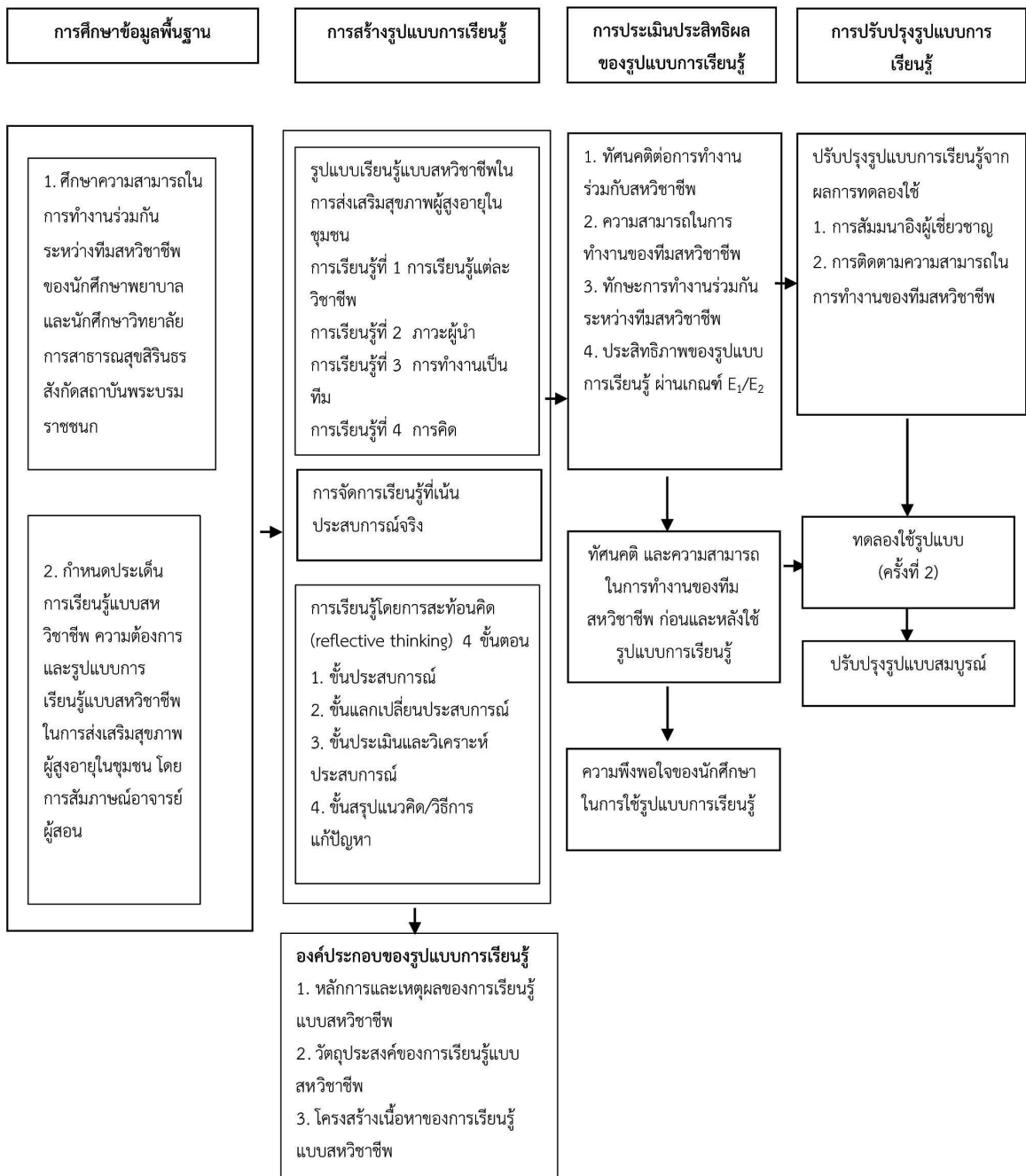
กำลังคนด้านสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรมองภาพทั้งระบบ ตั้งแต่การผลิต การจ้างงาน ไปจนถึงการพัฒนาศักยภาพในปัจจุบันทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างจิตสำนึกและการปฏิรูปการศึกษามูลนิธิสุขภาพในศตวรรษที่ 21 จากการเรียนรู้แบบแยกส่วน เน้นวิชาความรู้แต่ในตำรา มุ่งสู่การเรียนรู้แบบบูรณาการจากประสบการณ์จริงในพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและยกระดับคุณภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพของประเทศ ให้สามารถตอบสนองความต้องการ

ของประชาชนและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล อันจะนำไปสู่ การเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาระบบสุขภาพของ ประเทศ การขับเคลื่อนครั้งนี้ จึงนับเป็นก้าวสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพใน ทุกสถาบันอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพใน ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557-2561) ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว เป็นกรอบแนวทางในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการศึกษา สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยปรับเปลี่ยนแนวคิด การพัฒนา เป็นระบบการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต และมุ่งเน้น “สร้างนำซ่อม” พร้อมผลิตบัณฑิตที่จะก้าวมาเป็นบุคลากรด้าน สุขภาพ ใฝ่มีทักษะการสื่อสาร มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นผู้นำ ทำงานเป็นทีม เพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับสูง โดยการเรียนรู้ที่ ใช้ชุมชนเป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง<sup>3</sup>

ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้มีข้อเสนอมติ WHA66.23 เพื่อให้ ประเทศสมาชิกทบวงสถานการณ์การจัดการศึกษากำลังคน ด้านสุขภาพ รวมทั้งการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูปการศึกษากำลังคน ด้านสุขภาพครั้งใหญ่ทั่วโลก ที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อ การกระจายความก้าวหน้าด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค หนึ่งใน แนวทางการปฏิรูปการศึกษาคือ การจัดการศึกษาแบบสห วิชาชีพโดย WHO ได้เสนอแนวทางปฏิบัติไว้ว่า “การจัดการ ศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education : IPE)<sup>4</sup> จะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ ทางด้านสุขภาพ” การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ เป็นการเรียน การสอนที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและสาขาที่ เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชศาสตร์ สหเวชศาสตร์ กายภาพบำบัด ฯลฯ ได้เรียนรู้ร่วมกัน มีการเรียนรู้จากกันและ กัน เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ เมื่อนิสิตนักศึกษาได้สำเร็จการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพ จะสามารถปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพร่วมกันเป็นทีม มีเป้าหมาย ร่วมกันที่มุ่งให้สุขภาพของคนไทยดีขึ้น โดยสามารถปฏิบัติงาน เป็นทีมสุขภาพ (Collaborative practice) ที่แข็งแกร่ง<sup>5</sup> เป้าหมายของการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย

การเรียนรู้ว่าแต่ละวิชาชีพมีบทบาท ความรับผิดชอบอะไร (Role, Responsibility, Respect) รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน (Teamwork) และการเรียนการสอนสะท้อนย้อนคิด (Learning & Reflection)<sup>6</sup>

จากการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ และหลักสูตรทันตสาธารณสุข ของสถาบัน พระบรมราชชนกพบว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้าง การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาหมู่นี้ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เมื่อนักศึกษาไปปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถ ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการ จัดการเรียนรู้เพื่อการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพและสาขาวิชาชีพอื่นๆ จำเป็นต้องมีความ เชื่อมโยง บูรณาการศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อรรถพล สนธิไชย ฤทธิชัย ฤทธิชัย บัญญัติ และนิธิศ ธาณี<sup>7</sup> ที่พบว่ารูปแบบการฝึกประสบการณ์ การให้บริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ณ บ้านเกิดของนักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งมีองค์ประกอบด้านตรวจประเมินและ บำบัดโรคเบื้องต้น ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านควบคุมป้องกันโรค ด้านฟื้นฟูสุขภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และลักษณะ งานที่เกี่ยวกับการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย วินิจฉัยปัญหาพัฒนา งานทางด้านสาธารณสุข ตามบริบทที่เป็นบทบาทหน้าที่นัก วิชาการสาธารณสุข ทำให้นักศึกษามีความพร้อมในการปฏิบัติ งานหลังสำเร็จการศึกษา และ Chantian, Saard, Von Bormann และ Boonpleng<sup>8</sup> ได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความ พร้อมของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในยุคประชาคมอาเซียน ผ่านระบบ e-Learning เนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาเซียน พยาบาลไทยกับ ประชาคมอาเซียน และสนทนาภาษาพยาบาล พบว่ารูปแบบ การเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำ ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลได้ ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อม ดังนั้นคณะผู้ วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับนักศึกษาวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง ประกอบ ด้วยวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี และมหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เทคโนโลยีราชชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตสุวรรณภูมิ ประกอบด้วยนักศึกษาศาขาพยาบาลศาสตร์ ทันตสาธารณสุขศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ วิศวกรรมคอมพิวเตอร์ และวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคม โดยการทำงานร่วมกันในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพที่จัดขึ้นเป็นการเตรียมความพร้อมใน

การพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการพัฒนามาตรฐานและบริการ ถ่ายทอดทักษะการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพสู่บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ และรองรับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคตและนำสู่การปฏิบัติต่อไป



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นประสบการณ์ ขั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์ ขั้นสรุปแนวคิด/วิธีการแก้ปัญหา และขั้นการวางแผนปฏิบัติ/ทดลองใช้ ร่วมกับการจัดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริงมาใช้ในการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ โดยมุ่งหวังว่าผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าว จะพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ในด้านบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการคิดสร้างสรรค์ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพของนักศึกษา แสดงได้ดังแผนภาพต่อไปนี้

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน** ประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้สหวิชาชีพในสถาบันการศึกษา ความสำคัญและความต้องการจัดการเรียนรู้และรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก รวบรวมข้อมูลโดย 1) การศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา

พยาบาลและนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ และทันตสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 229 คน 2) สัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอน จำนวน 10 คน ในประเด็นการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ความต้องการและรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ และนำผลการศึกษามาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชน

**ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ** ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลพื้นฐานจากขั้นตอนที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์ และดำเนินการสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ทีมผู้วิจัยดำเนินการร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐาน มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วยหลักการและเหตุผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ และโครงสร้างของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

2.1.2 กำหนดเนื้อหาสาระในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ โดยกำหนดแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

2.1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

2.1.4 กำหนดโครงสร้างของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ได้แก่ คำอธิบายการเรียนรู้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหาสาระ วิธีการจัดการเรียนรู้ สื่อในการจัดการเรียนรู้ และการวัดและประเมินผล

2.1.5 กำหนดวิธีการจัดการเรียนรู้ โดยการสะท้อนคิด (reflective thinking) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นประสบการณ์ ขั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์ ขั้นสรุปแนวคิด/วิธีการแก้

ปัญหา และขั้นการวางแผนปฏิบัติ/ทดลองใช้ และการจัดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริง

2.2 ทีมผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อตรวจร่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยประเมินความถูกต้องด้านเนื้อหาและคุณภาพของรูปแบบและความสอดคล้องของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

2.3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพก่อนนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ** ขั้นตอนนี้เป็น การนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้ไปใช้ปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สาขาทันตสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตสุพรรณบุรี สาขาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ และ สาขาวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์และโทรคมนาคม เลือกแบบเจาะจงตามความสมัครใจ สาขาละ 7 คน รวมทั้งสิ้น 35 คน เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบวัดทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเป็นแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ โดยดัดแปลงมาจาก วิชา โพร้ชวางและคณะ<sup>9</sup> ซึ่งแปลจาก McFadyen, Webster, และ Maclaren<sup>10</sup> มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 2) แบบวัดความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เป็นแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดยคณะผู้วิจัยแปลจากแบบวัดของ Schmitz, Radosevich, Jardine, MacDonald, Trumpower, และ Archibald<sup>11</sup> มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .81 และ 3) แบบวัดทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ ประกอบไปด้วยด้านบทบาทของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ ความเป็นผู้นำ จำนวน 10 ข้อ การทำงานเป็นทีม จำนวน 10 ข้อ และ

การคิดสร้างสรรค์ จำนวน 17 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับ .84 และ 2) ขั้นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ หาค่าประสิทธิผลของรูปแบบโดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที (paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ จากผลการทดสอบของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละหน่วยกิจกรรมกับผลรวม กำหนดเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า 80/80 โดยใช้สูตร E1/E2 มีการประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบโดยแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบกิจกรรม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบลิเคิร์ต มี 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86

**ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน** ปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้จากผลการทดลองใช้รูปแบบ การสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ และการติดตามทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC15/2561

#### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน** มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การจัดการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในหลักสูตร สำหรับนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสหสาขาวิชาอื่นๆ ที่ผ่านมายังไม่มีเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพโดยตรง อาจจะมีสอดแทรกในรายวิชาต่างๆ เช่น เรื่องการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ แต่เป็นเพียงสาระทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นในยุคปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการเตรียมความพร้อมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในการดูแลผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลง

แบบการทำงานเชิงประสานกันมากขึ้น สถาบันการศึกษาจึงต้องปรับการเรียนการสอนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยผู้สอนเสนอให้ควรมีรูปแบบในการจัดการอบรมเสริมหลักสูตร จัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในสาขาวิชาชีพต่างๆ ในประเด็นการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ ความเข้าใจแต่ละวิชาชีพ ที่ทำงานร่วมกัน การคิดสร้างสรรค์ การประชุมปรึกษา การมีทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกัน โดยจัดรูปแบบการเรียนรู้ให้เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร และใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบบูรณาการ รวมทั้งในการจัดการเรียนรู้ต้องจัดร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นที่ไม่ได้จำกัดอยู่ในสาขาที่เกี่ยวข้องเฉพาะทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เห็นมุมมองที่แตกต่างของแต่ละวิชาชีพ ที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงในอนาคต ซึ่งความแตกต่างของแต่ละสาขาวิชาชีพจะนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรม เกิดการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 ผลการศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 229 คน พบว่านักศึกษามีความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $Mean = 3.44, SD = 0.40$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกทีมสหวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก ( $Mean = 3.94, SD = 0.80$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายสาขาวิชาชีพ พบว่า สาขาวิชาชีพพยาบาลศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ ( $Mean = 3.64, SD = 0.74$ ) และนักศึกษาได้เสนอแนะให้มีการจัดการเรียนการสอนร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นเพิ่มเติม

## ส่วนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

รูปแบบการเรียนรู้ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผลของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ 2) วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ 3) โครงสร้างเนื้อหาของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 การเรียนรู้ ดังนี้ การเรียนรู้ที่ 1 การ

เรียนรู้แต่ละวิชาชีพ จำนวน 3 ชั่วโมง อธิบายถึงแนวคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานแบบสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบและบทบาทของการทำงานแต่ละวิชาชีพ การเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำ (leadership) จำนวน 5 ชั่วโมง อธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะผู้นำและความเป็นผู้นำ บทบาทหน้าที่ของผู้นำ และผู้ตาม ลักษณะของการเป็นผู้นำที่ดี การสื่อสารระหว่างผู้นำและผู้ตามของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของทีมสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การเรียนรู้ที่ 3 การทำงานเป็นทีม (teamwork) จำนวน 4 ชั่วโมง อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม การประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกัน หลักการเบื้องต้นของการทำงานเป็นทีม การสร้างทีม รวมถึงการประสานงานและความร่วมมือ การสร้างแรงจูงใจ เพื่อประโยชน์ในการทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการเรียนรู้ที่ 4 การคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) จำนวน 3 ชั่วโมง อธิบายถึงแนวคิดของการคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบของการคิดสร้างสรรค์ กระบวนการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการประยุกต์ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

## ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของหน่วยเรียนรู้กับผลรวมทั้งหมดประสิทธิภาพในการดำเนินตามรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 81.23/83.52 แต่ละการเรียนรู้ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ( $Mean = 58.50, SD = 36.97$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ ( $Mean = 44.67, SD = 26.13$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0003 ดังตารางที่ 1 และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมการเรียนรู้ ( $Mean = 89.58, SD = 6.97$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ ( $Mean = 76.39, SD = 9.49$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0002 ดังตารางที่ 2 นักศึกษามีทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ระดับทัศนคติ	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการเรียนรู้	44.67	26.13	8.585	.0003
หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้	58.50	36.97		

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ระดับความสามารถในการทำงาน	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการเรียนรู้	76.39	9.49	7.977	.0002
หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้	89.58	6.97		

(Mean = 4.49, SD= .52) และนักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD= .32)

**ส่วนที่ 4 ผลการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน**

จากการทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและการประเมินผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้นำผลมาปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ถูกต้อง เหมาะสม นำไปปฏิบัติได้ และเป็นประโยชน์ ในประเด็นเนื้อหาสาระให้มีความเหมาะสมทันต่อเหตุการณ์ สำหรับวิธีการจัดการเรียนรู้ได้มีการปรับการเรียนรู้นี้เน้นการเรียนรู้นับสภาพจริงโดยเพิ่มการเล่าเรื่องกรณีศึกษาที่ได้ไปศึกษาในสถานการณ์จริง เน้นการมีส่วนร่วม ให้ผู้เข้าร่วมได้มีการคิดวิเคราะห์ และการปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสบการณ์รวมทั้งการจัดการเรียนรู้ให้มีความหลากหลายเพิ่มระยะเวลาในการดูวิดีโอ การจัดกิจกรรมกลุ่ม/เกมส์ ให้มีความน่าสนใจ สอดคล้องกับสภาพการณ์และวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ และนำรูปแบบไปทดลองใช้อีกครั้งกับนักศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มแรก พบว่า ทัศนคติและความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการติดตามประเมินนักศึกษา 3 เดือนพบว่าความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ของนักศึกษา อยู่ในระดับมาก

ผลการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ผู้เชี่ยวชาญ ได้ข้อเสนอแนะว่าให้นำผลจากการจัดการเรียนรู้ที่นักศึกษาเสนอแนะ และจากการสะท้อนคิดไปปรับปรุงการเรียนรู้อีกในและนอกหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้กับนักศึกษา ให้เหมาะสมกับสภาพการจัดการศึกษา นำไปปฏิบัติได้ และเป็นประโยชน์ สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ต้องมีการทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพและรูปแบบของเครือข่าย และแสวงหาวิธีในการทำงานในเชิงบูรณาการกับสถาบันการศึกษา ระดับอื่นๆ ในระดับพื้นที่ที่ก่อให้เกิดผลกระทบรวมทั้งรูปแบบการเรียนรู้อื่นๆ ที่จัดขึ้นควรนำไปบูรณาการในการเรียนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติในรายวิชาต่างๆ ที่เป็นรูปธรรม เป็นรูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ควรมีการประเมินติดตามพฤติกรรมการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในนักศึกษารุ่นต่อไป เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพต่อไป

**อภิปรายผลการวิจัย**

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน พบว่าหลักสูตรการสอน

ของสถาบันพระบรมราชชนกสำหรับนักศึกษาพยาบาลและ นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่ผ่านมายังไม่มีเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพโดยตรง อาจจะมีสอดแทรกในรายวิชาต่างๆ และจากการสอบถามความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของนักศึกษา พบว่านักศึกษาทั้ง 3 สาขาวิชาชีพ มีความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ และทันตสาธารณสุขศาสตร์ ที่ผ่านมามีการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพยังเป็นเรื่องใหม่ นักศึกษาแต่ละวิชาชีพมีเพียงการเรียนรู้บทบาทของตนเองในการปฏิบัติงาน แต่ยังขาดการเรียนรู้ร่วมกันและการเรียนรู้จากกันในแต่ละวิชาชีพ นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนที่สนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระหว่างวิชาชีพยังมีน้อย เนื่องจากสภาพการจัดการเรียนในปัจจุบันเนื้อหาในหลักสูตรแต่ละวิชาชีพมีค่อนข้างมาก และใช้เวลาเต็มที่ทั้งการเรียน ทฤษฎีและปฏิบัติ ทำให้การจัดสรรเวลาที่ตรงกันเพื่อทำกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับอาจารย์ผู้สอนที่เสนอว่าควรจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ในรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เศรษฐเสถียร<sup>12</sup> ศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี ในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาแพทยศาสตร์ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มาฝึกปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ผลการศึกษาพบว่าการเรียนแบบสหวิชาชีพรวม 4 ครั้ง นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์การเรียนแบบสหวิชาชีพมาก่อน นักศึกษาพยาบาลให้คะแนนความพร้อมของตนเองในการเรียนแบบสหวิชาชีพต่ำกว่าสาขาอื่น ส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่าเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยให้เข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพและลักษณะการทำงานร่วมกันมากขึ้น และนักศึกษาทุกคนเห็นด้วยว่าควรจัดให้มีการเรียนการสอนวิธีนี้ต่อไป แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และการวิจัยร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพ และช่วยเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพซึ่งเป็นวิธีทำงานที่เหมาะสมสำหรับการ

ดูแลปัญหาสุขภาพของประชากรในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน<sup>12</sup> โดยการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพมีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ว่า แต่ละวิชาชีพมีบทบาท ความรับผิดชอบอะไร รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน และการเรียนการสอนสะท้อนย้อนคิด<sup>6</sup> ผลดีที่เกิดจากการเรียนการสอนที่เป็นสหวิชาชีพทำให้ผู้เรียนมองเห็นบทบาทการทำงานของตนที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น

2. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นทางเลือกในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลและ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุขศาสตร์ และ วิชาชีพอื่น ประกอบด้วย การเรียนรู้ที่ 1 การเรียนรู้แต่ละวิชาชีพ การเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนเกิด (3 ชั่วโมง) ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มองเห็นคุณค่าของแต่ละสาขาวิชาชีพ ตระหนักถึงความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรม พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณภาพ การเรียนรู้ที่ 2 ภาวะผู้นำ (5 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้ทำให้ผู้เรียนเข้าใจบทบาทของตนเอง ทั้งการเป็นผู้นำ และผู้ตาม ตามสถานการณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการสื่อสารระหว่างผู้นำและผู้ตามของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของทีมสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การเรียนรู้ที่ 3 การทำงานเป็นทีม (4 ชั่วโมง) การเรียนรู้นี้ทำให้นักศึกษาเรียนรู้การทำงานเป็นทีม การประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกัน การประสานงานและความร่วมมือ การสร้างแรงจูงใจ เพื่อประโยชน์ในการทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการเรียนรู้ที่ 4 การคิดสร้างสรรค์ (3 ชั่วโมง) การเรียนรู้นี้ทำให้ผู้เรียนพัฒนากระบวนการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดการประยุกต์ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในการจัดการเรียนการสอนผู้สอนยังใช้รูปแบบการเรียนรู้สะท้อนย้อนคิด<sup>6</sup>ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และส่งผลต่อการแก้ปัญหาในชีวิตจริงอย่างเหมาะสม ซึ่งในทุกการเรียนรู้เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริง ร่วมกับการสะท้อนคิด และต้องส่งเสริมให้นักศึกษามีการพัฒนาแนวคิดกรรมร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ โดยรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและมีความ

สอดคล้องกันทุกองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้วิจัยมีการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะในการเสริมสร้างสมรรถนะ ทักษะ และทักษะในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ สำหรับนักศึกษา<sup>13</sup> เพื่อให้ให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ จากประสบการณ์แสวงหาคำตอบโดยใช้เหตุผล แก้ไขปัญหา นำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงตนเอง และปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>14</sup>

### 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้แบบ สหวิชาชีพพบว่า ผลสัมฤทธิ์ของหน่วยเรียนรู้กับผลรวม ทั้งหมดในการดำเนินตามรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้แบบ สหวิชาชีพ ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 81.23/83.52 หมายความว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ผ่านเกณฑ์ความสัมพันธ์ ระหว่างกระบวนการและผลลัพธ์อธิบายได้ว่า รูปแบบ การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน ทำให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติต่อการทำงานร่วมกับสห วิชาชีพ ความสามารถในการทำงานของทีมสหวิชาชีพ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และทักษะการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก โดยผู้เชี่ยวชาญมีความ คิดเห็นว่ามีค่าจำเป็นในระดับมากที่สุดที่ต้องพัฒนา การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาความ ต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน และยังคงสอดคล้อง กับสภาพความเป็นจริงของสังคมอีกด้วย และยังมีความเห็นว่ วิธีการจัดการเรียนรู้สามารถปฏิบัติได้จริงซึ่งสอดคล้องกับ กระบวนการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนร่วมกัน เจริญวิชาการระหว่างอาจารย์ผู้สอนและผู้เกี่ยวข้องโดยอาศัย การร่วมมือ ร่วมพลังในการพัฒนาผู้เรียน<sup>15</sup>

เมื่อนำไปทดลองใช้โดยใช้นักศึกษาพบว่า คะแนน เฉลี่ยทัศนคติการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ความสามารถในการ ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมการเรียนรู้ แบบสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p = .0003$ ) โดยทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีม สหวิชาชีพ ด้านบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การ ทำงานเป็นทีม และการคิดสร้างสรรค์ อยู่ในระดับมากทุกด้าน และหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการเรียนรู้ครั้งนี้ใช้วิธีการ จัดการเรียนรู้ โดยการสะท้อนคิด (reflective thinking) ซึ่ง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนประสบการณ์ ขั้นแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ขั้นประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์ ขั้นสรุป แนวคิด/วิธีการแก้ปัญหา และขั้นการวางแผนปฏิบัติ/ทดลอง ใช้ และการจัดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริง โดยกลยุทธ์ รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาความสามารถใน การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การเรียน รู้หลัก คือ การจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จริงโดยการเอื้อม ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดการเรียนรู้แบบใช้กรณีตัวอย่าง และ การจัดการกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ซึ่งรูปแบบและวิธีการดังกล่าวข้าง ต้น จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการทำงาน ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เข้าใจและเรียนรู้บทบาทของ ตนเอง และบทบาทของผู้อื่นในทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการ ศึกษาของ สุณี เศรษฐเสถียร<sup>12</sup> ที่ให้นักศึกษามีการเรียนรู้ด้วย ตนเองแบบกลุ่ม โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 6-8 คน แบบคณะวิชาชีพ และมอบหมายให้ร่วมกันศึกษาผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยช่วย กันรวบรวมประวัติ ตรวจสอบ วางเป้าหมายและแผนการ รักษาฟื้นฟูโดยมีอาจารย์ร่วมสอนเป็นผู้สังเกตการณ์ประจำกลุ่ม หลังจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอรายงานหน้าชั้นเรียนและ นักศึกษาในชั้นเรียนร่วมกันอภิปรายแล้วอาจารย์ผู้สังเกตการณ์ ให้ข้อมูล สะท้อนกลับในด้านกระบวนการกลุ่ม และทักษะการ ปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษา พบว่า คะแนนความพึงพอใจของ นักศึกษาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่ การเริ่มต้นที่ต้องสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะ เกิดขึ้นต่อทั้งนักศึกษา ผู้รับบริการ และระบบการบริการ สุขภาพระยะยาว ควรมีความยืดหยุ่นตามความพร้อมในระยะ เริ่มต้น โดยไม่เพิ่มภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงจะทำให้การเรียน แบบสหวิชาชีพมีการพัฒนาและอยู่ได้ยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้เพื่อการเตรียมความพร้อม และพัฒนาความสามารถของนักศึกษาทั้งใน และนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อพัฒนาทัศนคติการทำงานร่วมกันในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในสาขาอื่นๆ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนกที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

### References

1. Knodel JE, Bussarawan T, Vipani P, Wiraporn P. The situation of Thailand's older population: An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. HelpAge International. 2015.
2. Ministry of Public Health. Capacity of active aging plan. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 10] Available from <http://anamai.moph.go.th/download/>. Pdf. (in Thai)
3. Thai National Health Organization. Strong health personnel and Health system sustainable. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10] Available from <http://www.thaihealth.or.th/Content/34190-บุคลากรสุขภาพเข้มแข็ง%20ระบบสุขภาพยั่งยืน.html>. (in Thai)
4. Subcommittee Interprofessional Education. Interprofessional education. [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 20] Available from <http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads/2016/11/1.-Call-for-IPE-Proposals-Final-020617.pdf> (in Thai)
5. Chuenkongkaew W. The report on the annual national health professional education reform forum: ANHPER. [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 20] Available from [http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads/2016/11/book\\_report1-2.pdf](http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads/2016/11/book_report1-2.pdf) (in Thai)
6. Putthasri W, Chuenkongkaew W. The report on 3rd annual national health professional education reform forum: ANHPERF "IPE towards Thai Health Team". Nonthaburi: P.A Living Ltd. 2017; Bangkok, Thailand. (in Thai)
7. Sontichai A, Boonsu T, Thanee N. The behavior identity model of Primary Health Care Services of bachelor's degree students in public health (community public health) at Sirindhorn College of Public Health, Ubonratchathani. Nursing Public Health and Education Journal 2016; 19(1): 145-160. (in Thai)
8. Chantian P, Saard S, Von Bormann S, Boonpleng W. The development of an E-learning program to prepare nursing students of Phraboromarajchanok Institute for Health Workforce Development in response to the ASEAN community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016; 26(2): 154-165. (in Thai)

9. Phokhwang W, Thongphet P, Sarakshetrin A, Klaypugsee L. Palliative care competency of nursing students at nursing colleges, the ministry of public health. Research report, Suratthani, 2017. (in Thai)
10. McFadyen AK, Webster VS, Maclaren WM. The test-retest reliability of a revised version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS), *Journal of Interprofessional Care* 2006; 20(6): 633-9.
11. Schmitz CC, Radosevich DM, Jardine P, MacDonald CJ, Trumpower D, Archibald D. The interprofessional collaborative competency attainment survey (ICCAS): A replication validation study. *Journal of Interprofessional care* 2017;31(1):28-34.
12. Sethasathie S. A model of interprofessional education (IPE) in department of physical medicine and rehabilitation, Udonthani Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 2015;25(2):65-70. (in Thai)
13. Knowles JG, Cole AL, Presswood CS. *Through preservice teachers' eyes: Exploring field experiences through and inquiry*. New York: Merrill; 1994.
14. Johns C. *Becoming a reflective practitioner: a reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. Oxford: Blackwell Science; 2000.
15. Tirapaiwong Y, Aomsin K. Instructional development through professional learning communities: Guideline for developing teachers and students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(2):164-72. (in Thai)



## บทความวิจัย

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน The Effect of a Coping Enhancing Program among Diabetic Elderlies

ดวงฤทัย ไพโรบิ่ง พย.ม. (Duangruethai Phraibueng, M.N.S.)<sup>1</sup>พัชราพร เกิดมงคล Ph.D. (Patcharaporn Kerdmongkol, Ph.D.)<sup>2</sup>ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ Ph.D. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)<sup>3</sup>ทัศนีย์ รวีวรกุล ปร.ด. (Tassanee Rawiworrakul, Ph.D.)<sup>4</sup>

Received: Oct 24, 2018  
Revised: Dec 25, 2018  
Accepted: Feb 27, 2019

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอไพโรบิ่ง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปี เป็นโรคเบาหวานที่มีเกณฑ์ความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนทดลอง หลังทดลอง และ วิเคราะห์สถิติด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square Independent t-test และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษารูปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญความเครียด และระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังนั้นโปรแกรมนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอื่นๆ ได้

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน, ความสามารถในการเผชิญความเครียด, ทฤษฎีการเผชิญความเครียด

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: duangruethai.p@bcn.ac.th

<sup>2,3</sup>รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: 2patcharaporn.ker@mahidol.ac.th, 3kwanjai.amn@mahidol.ac.th

<sup>4</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: tassanee.raw@mahidol.ac.th

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

<sup>2,3,4</sup>Mahidol University, Bangkok, Thailand

### Abstract

This quasi-experimental study, a two group pretest-posttest design, aimed to examine the effect of a coping enhancing program among diabetic elderly population in Amphoe Phrai Bueng, Sisaket Province. The samples were 60 elderly people with diabetes aged 60 to 79 years who had medium stress and over. They were equally divided using simple random sampling into an experimental group and a control group. The experimental group received the 5-week coping enhancing program, developed according to Lazarus and Folkman model, whereas the control group received the standard service. Data were collected using interview prior to the intervention and at the end of the fifth week. A questionnaire was used before and after the intervention. Data were analysed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), chi-square, independent t-test, and paired t- test.

The findings illustrated that mean scores of stress among the participants in the experimental group decreased and were significantly lower than the control group ( $p < .001$ ). In addition, mean scores of the ability in coping with stress among the participants in the experimental group increased and were significantly higher than the control group ( $p < .05$ ). In conclusion, this coping enhancing program improved coping ability as well as level of stress among elderly people with diabetes. Therefore, community nurse practitioners could apply this program in taking care of chronic patients in other communities.

**Keywords:** diabetes mellitus, coping, stress, coping theory

### บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ.2556-2558 เท่ากับร้อยละ 8.80, 15.48 และ 19.59 และช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.70<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.00 ของผู้สูงอายุทั้งหมด<sup>2</sup>

การเกิดโรคเบาหวานเป็นสถานการณ์ความเครียดอย่างหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา เป็นการ

ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปตลอดชีวิต เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น ซึ่งการเกิดความเครียดอยู่เสมอจึงมีผลทำให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงขึ้น นั่นคือหากบุคคลมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่ดี ก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>3</sup> เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย อาทิ เกิดโรคหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง ตาบอด เกิดแผลเรื้อรังที่เท้า รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้<sup>4</sup> หรืออาจนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง<sup>5</sup>

รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอไพรบึง พบว่ามีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2554-2558 เป็นร้อยละ 9.50, 6.30, 12.90, 4.50 และ 4.90

ตามลำดับ และรายงานจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.58 จากข้อมูลการสอบถามเบื้องต้นจะพบว่าการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานนั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ บางส่วนมีความเครียดมาจากการเป็นโรคอื่นร่วมด้วย การเป็นแผลและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ก็ยังมี ความเครียดส่วนตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ เรื่องครอบครัว<sup>6</sup> และการปรับตัวจากสถานการณ์การป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต การผ่อนคลายอาจเป็นส่วนหนึ่งในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล แต่หากมีการรับรู้ที่จะเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมร่วมด้วยแล้ว วิธีการเหล่านี้จึงอาจช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า เหตุการณ์ความเครียดเกิดขึ้นได้เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว และความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งสามารถควบคุมป้องกันไม่เกิดความรุนแรงได้ โดยผ่านพฤติกรรมการแก้ปัญหา ความเครียดในแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่รู้จักควบคุมตนเองได้ดีเมื่อต้องเข้ามาเผชิญกับปัญหา จะสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี และผู้ที่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงอุปสรรค หลีกเลี่ยงปัญหาไม่เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยตรง จะส่งผลต่อการเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวล<sup>7</sup> โดยบุคคลสามารถใช้วิธีการฝึกจัดการและเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีทักษะในการจัดการความเครียดโดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับความเครียดโดยปรับกระบวนการคิด การใช้กลไกทางจิตในการปกป้องตนเอง มีความเครียดลดลง<sup>8</sup> กระบวนการดังกล่าวเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบฝึกการควบคุมตนให้เกิดการรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาความเครียดได้ด้วยตนเอง แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Folkman และ Lazarus<sup>9</sup> ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา และเป็นกรอบสำหรับจัดรูปแบบโปรแกรมการเผชิญความเครียด ให้บุคคลสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด (Event or Stressor) ประเมินสถานการณ์ความเครียด (Appraisal) เกิดกระบวนการรับรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับ

ความเครียด (coping) อย่างเหมาะสม ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความเครียด ให้มีการประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาตามความเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา และลดอารมณ์ทุกข์ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียดในทางที่เหมาะสม เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วย การปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การส่งเสริมการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหา (coping and problem solving) เห็นได้ว่าถ้าบุคคลที่มีความเครียดได้มีการเรียนรู้กระบวนการเผชิญปัญหา ก็จะพัฒนาตนเองเป็นบุคคลที่มีการรับรู้ตนเองในทางบวก เมื่อมีปัญหาเข้ามากระตุ้นก็จะสามารถคิดแก้ปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหามาผ่านภาวะวิกฤตและความเครียดไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งลาซารัส และโพลด์แมน<sup>9</sup> กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามทางปัญญาและความพยายามทางพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งที่เกิดจากภายนอกและจากภายใน รวมถึงการจัดการต่อความขัดแย้งระหว่างปัญหาหรือข้อเรียกร้องเหล่านั้น หากบุคคลประเมินว่าจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ด้วยตนเองและยังมีแหล่งช่วยเหลืออื่นที่สามารถช่วยได้ ความเครียดจะไม่เกิดขึ้น แต่หากบุคคลประเมินว่าตนไม่มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้แล้ว และยังขาดการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น มองไม่เห็นแนวทางอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาคความเครียดก็จะเกิดขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลด์แมน มาประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ต้องมีการปรับตัวจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์การป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่จะเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาอันเป็นสาเหตุความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมแล้วจะเป็นการช่วยจัดการและลดความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด และความสามารถในการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด และความสามารถในการเผชิญของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและ โพล์คแมน<sup>9</sup> เป็นแนวทางในการศึกษา และเป็นกรอบสำหรับ จัดรูปแบบโปรแกรมการเผชิญความเครียด ให้บุคคลสามารถ วิเคราะห์เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด (Event or Stressor) ประเมินสถานการณ์ความเครียด (Appraisal) เกิด กระบวนการรับรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความเครียด (coping) อย่างเหมาะสม

## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล ไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมดจำนวน 349 คน<sup>6</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปี ได้ มาด้วยวิธีการสุ่ม ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพรบึง และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป ( $\geq 25$  คะแนน ) ซึ่งประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน

ความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ค่าเข้าที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี โดยมีระดับ HbA1C ในเลือด ตั้งแต่ 7% ขึ้นไป หรือ มีโรคร่วม เป็นความดันโลหิตสูง และมีความสมัครใจเข้าร่วม การวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม ส่งเสริมการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Folkman และ Lazarus<sup>9</sup>

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การเกิดความเครียด และลักษณะวิธีการคลายเครียด

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญความเครียด ใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด The Jalowiec Coping Scale สร้างขึ้นโดย Jalowiec และ Powers<sup>10</sup> แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยสุรางค์ เปรื่องเดช<sup>11</sup> ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด จำนวน 36 ข้อ คะแนนรวมของทั้งชุดแบบสอบถามจะมีค่าอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยแยกเป็นคะแนนรวมแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียดใช้แบบ วัดระดับความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) ได้รับการพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินันต์รกุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา<sup>12</sup> โรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-24 เครียด

น้อย คะแนน 25-42 เครียดปานกลาง คะแนน 43-62 เครียดสูง และคะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือด้านการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แบบวัดระดับความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2016-018 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดศรีสะเกษ

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือก มีการแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายถึงโครงการวิจัย ลักษณะกิจกรรมที่ต้องมีการนัดหมายมาเพื่อเข้าร่วมการวิจัยและการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ประชุมชี้แจงกับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ฝ่ายรับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง และฝ่ายให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 6 คน เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการดำเนินงานวิจัย

4. ติดต่อประสานงานนัดหมายกับโรงพยาบาลเตรียมสถานที่ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด และนัดหมายกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย

### กลุ่มทดลอง

ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและความสามารถในการเผชิญความเครียด ในระหว่างรอพบแพทย์

**การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง** โดยใช้การนัดรายกลุ่มแยกออกมาจากการนัดตรวจโรคของโรงพยาบาล ใช้เวลาโดยรวมประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน คือ (1) การชี้แจงวัตถุประสงค์ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด สาเหตุของความเครียดจากการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด และประเมินแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อเผชิญกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการรับรู้ และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีการรับรู้ถึงทรัพยากรที่เป็นแหล่งประโยชน์ของตนเอง (2) การสร้างกระบวนการเผชิญความเครียด โดยมุ่งจัดการกับปัญหา ใช้การฝึกกระบวนการคิดโดยมีสถานการณ์จำลองที่เป็นปัญหาความเครียด และให้กำหนดแนวทางแก้ปัญหา เป้าหมายที่ต้องการฝึกวิธีคิดแก้ปัญหาความเครียดให้ตรงจุด โดยระยะเวลาสาเหตุ อากา รระยะเวลาที่เกิดได้ เน้นการส่งเสริมกระบวนการเผชิญความเครียด และค้นหาวิธีแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะจากประสบการณ์ในอดีต (3) การสร้างพลังทางจิตใจในการจัดการทางอารมณ์ ลดความรู้สึกเครียด เน้นการส่งเสริมทักษะด้านการจัดการอารมณ์ ความคิด จากการฝึกการคิดบวกและพูดออกมากับตนเองในทางสร้างสรรค์

**การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)** กิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลองทุกคน พร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลในเขตพื้นที่ดังกล่าว ติดตามการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดในการมุ่งจัดการกับปัญหาและการจัดการทางอารมณ์ โดยใช้การแลกเปลี่ยนพูดคุย ถอดบทเรียน ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

**การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5)** การประเมินผลการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดในการมุ่งจัดการกับปัญหา และการจัดการทางอารมณ์ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จัดกิจกรรม ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ใช้เวลาโดยรวมประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที ประกอบด้วยการประเมินผล การแสดงความคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เพื่อสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา และมีการเสริมแรงเพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญความเครียดต่อไป

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ (usual care) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและความสามารถในการเผชิญความเครียด ในระหว่างรอพบแพทย์ และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 โดยระหว่างนี้ จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-square, Independent t-test และ paired t- test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด สวานปรุง (Suanprung Stress Test-20) มีระดับคะแนน  $\geq 25$  ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน พบว่า ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 70-79 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษา มีการประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความเครียดเรื่องปัญหาสุขภาพ งานอดิเรกหรือสิ่งที่ทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด คือการทำสวนทำนา ดูโทรทัศน์ เลี้ยงสัตว์ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

##### ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียด และความสามารถในการเผชิญความเครียดภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ในระยะหลังการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p\text{-value} = 0.384$ )

2.2 ระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน

2.2.1 ด้านการเผชิญปัญหา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาที่ขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 38.57 (S.D. = 4.80) และ 41.63 (S.D. = 4.53) ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการเผชิญปัญหาได้ดีมากขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 38.90 (S.D. = 5.34) และ 38.13 (S.D. = 4.99) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน

2.2.2 ด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 20.87 (S.D. = 4.24) และ 19.03 (S.D. = 2.66)

ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 20.97 (S.D. = 4.24) และ 19.17 (S.D. = 3.23) ตามลำดับ

2.2.3 ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 38.23 (S.D. = 7.07) และ 41.90 (S.D. = 5.50) ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการบรรเทาความรู้สึกเครียดได้ดีมากขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 38.43 (S.D. = 6.12) และ 37.40 (S.D. = 5.32) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียด ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียด ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียด ในระยะหลังการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p$ -value = 0.450)

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียด และความสามารถในการเผชิญความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการทดลอง

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเครียดระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 32.80 (4.80), 26.27 (2.75) ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 33.97 (5.49), 35.77 (4.34) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ระดับความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ก่อนการทดลอง	32.80	4.80	33.97	5.49	-0.88	58	.384
หลังการทดลอง	26.27	2.75	35.77	4.34	-10.13	58	<.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความสามารถในการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	96.30	12.00	96.87	12.94	-0.169	58	.450
หลังการทดลอง	101.57	10.53	94.70	11.55	2.407	58	< .001

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการเผชิญความเครียดระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 96.30 (12.00), 101.57 (10.53) ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 96.87 (12.94), 94.70 (11.55) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .05$ ) ดังตารางที่ 2

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Soongkote<sup>13</sup> ที่ศึกษาการกำหนดจิต และปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของโสภะ เพ็ญยอดิ<sup>8</sup> ซึ่งได้ศึกษาผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

และโปรแกรมนี้อาจมีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด กลุ่มทดลองระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของนุชจรี หອງทอง<sup>14</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรม

ส่งเสริมการเผชิญความเครียดโดยการใช้โปรแกรมฯ ตามหลักการและขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของ Folkman และ Lazarus

อธิบายได้ว่ากระบวนการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับจากกิจกรรมทั้งหมดนี้ ทั้งในเรื่องของการสร้างกระบวนการเผชิญความเครียด โดยมุ่งจัดการกับปัญหา ใช้การฝึกกระบวนการคิดโดยมีสถานการณ์จำลองที่เป็นปัญหาความเครียด และให้กำหนดแนวทางแก้ปัญหา เป้าหมายที่ต้องการ ฝึกวิธีคิดแก้ปัญหาความเครียดให้ตรงจุด โดยระยะเวลา สาเหตุ อาการ ระยะเวลาที่เกิดได้ เน้นการส่งเสริมกระบวนการเผชิญความเครียด และค้นหาวิธีแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะจากประสบการณ์ในอดีต การสร้างพลังทางจิตใจในการจัดการทางอารมณ์ ลดความรู้สึกเครียด เน้นการส่งเสริมทักษะด้านการจัดการอารมณ์ ความคิด จากการฝึกการคิดบวกและพูดออกมากับตนเองในทางสร้างสรรค์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาทรัพยากร การพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ๆ ลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยใช้กระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตในการเผชิญกับความเครียดที่มีรูปแบบของสถานการณ์แตกต่างกันไป ได้ดีขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียด และดีกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาคำใช้พฤติกรรมจัดการความเครียดของ Folkman และ Lazarus<sup>9</sup> ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลมีการใช้พฤติกรรมจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ควบคู่กันไป ในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งการใช้วิธีใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานการณ์ และความแตกต่างของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้น โดยบุคคลจะมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่ามุ่งแก้ไขอารมณ์ในสถานการณ์ที่ประเมินปัจจัยก่อความเครียดนั้นว่าคุกคาม จะทำให้ตนได้รับอันตรายในอนาคต เป็นสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาได้ และบุคคลจะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่าวิธีมุ่งแก้ไขปัญหสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าปัจจัยก่อความเครียดนั้นทำให้ตนได้รับอันตราย สูญเสีย เช่น การเจ็บป่วย การตาย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ยากที่จะ



เปลี่ยนแปลงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาได้ หรือมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่อปัญหาซึ่งเป็นรูปแบบของการใช้กลไกทางจิตเพื่อป้องกันตนเองจากความวิตกกังวล และลดความไม่สบายใจ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านปฏิบัติทางการพยาบาล** พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเริ่มจากการจัดให้มีการคัดกรองระดับความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามรูปแบบของโปรแกรม โดยการนัดผู้ป่วยทำกิจกรรมแยกจากการให้บริการตามปกติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะเครียด รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อติดตามการใช้กระบวนการเผชิญความเครียด การส่งเสริม สนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการกับปัญหา ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และควรปรับให้สอดคล้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. **ด้านการศึกษา** ควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้แก่พยาบาลวิชาชีพหรือนักศึกษาพยาบาล ได้เกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเครียดด้วยตนเอง

3. **ด้านบริหาร** กิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดได้ ดังนั้นกลุ่มงานที่ดูแลเรื่องโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอาจปรับเพิ่มกระบวนการคัดกรองความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการตามงานวิจัยนี้เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการทำงาน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทดลองนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยอาจปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคนั้นๆ

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาการศึกษา 5 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูความคงทนและยั่งยืนของพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง

3. จากผลการวิจัย พบว่าครอบครัวหรือญาติ มีส่วนช่วยดูแลไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาว่าผู้ดูแลหรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวมีผลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยหรือไม่ในการวิจัยครั้งต่อไป

### References

1. Arbsuwan N, Pantuwech N. Campaign Message on World Diabetes Day 2015 (Financial Year 2016). Retrieved from: <http://thaincd.com/news/hot-news-view.php?id=8907>. March 2, 2015. (in Thai).
2. Bureau of elderly health, Department of Health, Ministry of public health. Thai elderlies well-being survey report of 2013. Bangkok: Wacharin P.P.; 2013. (in Thai).
3. Buraphunt R, Muangsom N. Factors affecting uncontrolled type 2 diabetes mellitus of patients in Sangkhom Hospital, Udonthani province. KCU Journal for Public Health Research. 2013;6(3): 102-9. (in Thai).
4. Katon W, Paul C. Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res. 2009; 53:903-6.

5. Bumrungsakulsawas O, Lithongin K, Akewanit T, Banpuan W, Lapbenchakul S, Chareunket W, et al. Long term care. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
6. Phraibueng Hospital. NCDs clinic quality assessment data. Sisaket: Department of family clinical practice and community, Phraibueng Hospital; 2015. (in Thai).
7. Berkel HV. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression [Dissertation]. Canterbury: University of Canterbury; 2009.
8. Phengyot S. The results of mental health promotion activities for stress management in Phaisali Hospital Diabetes mellitus patients group. Thesis for the Degree of Master of Education program in Health promotion. Graduate school of Nakhon Sawan Rajabhat University; 2007. (in Thai).
9. Folkman S, Lazarus RS. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
10. Jalowiec A, Powers M. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Res.* 1981;30(1):1-10.
11. Prungdech S. Relationships between coping behaviors and compliance in essential hypertensive patients. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science program in Nursing. Graduate school of Mahidol University; 2010. (in Thai).
12. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapunya P. Suan Prung stress test Research Report. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 1997. (in Thai).
13. Soongkote P. The effects of meditation on stress in patients with hypertension in Nonkun Hospital, Sisaket. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science program in Adult Nursing. Graduate school of Khon Kaen University; 2007. (in Thai).
14. Yongthong N. The effect of a coping enhancing program on depression in breast cancer patients. *J Nurs Sci* 2013;31(3):27-36. (in Thai).

## บทความวิจัย

## ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา Predictive Factors of Resilience among Elderly Living in Home for the Aged

Received: Dec 6, 2018

Revised: Jan 9, 2019

Accepted: Apr 17, 2019

กัลยรัตน์ ศรีกล้า พย.ม. (Kanyarat Sornkla, M.N.S.)<sup>1</sup>วารีย์ กังใจ พย.ด. (Waree Kangchai, D.N.S.)<sup>2</sup>สหัททยา รัตนจรณะ ปร.ด. (Sahattaya Rattanayarana, Ph.D.)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงบริบท และสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ภายใต้อัจฉริยะ และภาระเบียดเบียนต่างๆ ของสถานสงเคราะห์ อาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ลำบากกว่า ผู้สูงอายุโดยทั่วไป จึงจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นในชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์วัดม่วงและสถานสงเคราะห์ คนชราธรรมปกรณ์ โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และ แบบสัมภาษณ์ความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73, .82, .70, .76, .91 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 121.89, SD = 13.07) การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถาน สงเคราะห์ได้ร้อยละ 48.6 ( $R^2 = .486, p < .01$ )

จากผลการศึกษานี้ได้ขอเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีการออกแบบรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่น โดยตระหนักถึงการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ความยืดหยุ่น, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์คนชรา

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: m\_tlife@hotmail.com

<sup>2</sup> Corresponding Author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: wareek@buu.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Email: sahattar@yahoo.com

Burapha University, Chon Buri, Thailand

### Abstract

Elderly residents in elderly homes experience multiple changes in context and situations in their lives under the limitations and rules of these homes. These changes may affect the ability for the elderly residents to adapt themselves in comparison with the elderly in general. So, resilience in their life is crucial for them. This predictive correlational study aimed to determine the predictive factors of resilience among elderly living in homes for the aged. The participants were 92 older adults living in Thammapakorn Wat Muang and Thammapakorn Pho Klang home for the aged at Nakhon Ratchasima Province. They were selected using a simple random sampling technique. Research instruments included the Self-esteem Scale, the Perceived Health Status Scale, the Optimism Scale, the Interpersonal Relations Scale, the Social Support Scale, and the Resilience Scale, with reliabilities of .73, .82, .70, .76, .91, and .96, respectively. Descriptive statistics, and multiple regression were employed for data analysis.

The results revealed that the resilience of these elderly residents was at a moderate level (Mean = 121.89, SD = 13.07). Social support and self-esteem could predict resilience for 48.6 % ( $R^2 = .486$ ,  $p < .01$ )

The findings suggested that in designing nursing intervention to promote resilience among elderly, nurses and healthcare professionals should take into account the enhancement of their social support and self-esteem.

**Keywords:** resilience, social support, self-esteem, older adults, home for the aged

### บทนำ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบี่ยงเบนจากสภาวะที่สมบูรณ์ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศที่เกิดการขยายตัวของชุมชนเมือง จนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทำให้ครอบครัวขยายได้เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น<sup>1</sup> บทบาทของผู้สูงอายุจึงด้อยค่าลง ผู้สูงอายุบางรายเกิดการแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคมไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ และในบางรายอาจถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีที่พึ่งและถูกทอดทิ้งมากขึ้น โดยพบสถิติผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในแต่ละปีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างค่อนเป็นค้อยไป จากร้อยละ 6.30 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น

ร้อยละ 7.70 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 8.60 และในปีพ.ศ. 2557 พบร้อยละ 10.40<sup>2</sup>

จากปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุอาจเลือกที่จะก้าวเข้าสู่สถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งพบสถิติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด 13 แห่ง ภายในประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุจาก 1,087 คน ในปีพ.ศ. 2549 เป็น 1,092 คน ในปีพ.ศ. 2550 และในปีพ.ศ. 2551 เพิ่มเป็น 1,112 คน<sup>3</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจเนื่องมาจากสถานสงเคราะห์คนชราเป็นเสมือนสถานที่ที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เดือดร้อนที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากให้ได้รับที่พึ่งพิง ซึ่งการใช้ชีวิตในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ผู้สูงอายุล้วนต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองอย่างสิ้นเชิง จากการอาศัยอยู่ที่บ้านที่มีการใช้ชีวิตอย่างอิสระ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความชอบ ความสมัครใจ แต่เมื่อเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอาจอยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบ

ต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสังคมที่เคยชิน เมื่อก้าวเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่ไม่ได้คุ้นเคยหรือมีความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน<sup>4</sup> ทำให้ผู้สูงอายุขาดอิสรภาพ สูญเสียบทบาท และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง การสูญเสียสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ท้อแท้และหมดหวังได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งสิ้น<sup>5</sup> สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถผ่านพ้นสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือสิ่งที่เข้ามากระทบในชีวิตได้ นั่นคือ ผู้สูงอายุต้องมีความยืดหยุ่น<sup>6</sup> เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว

ความยืดหยุ่น เป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัว เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต<sup>6</sup> ผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นจะเป็นผู้ที่จัดการกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ แม้จะต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตก็ตาม<sup>7</sup> แนวคิดความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับและถูกนำไปประยุกต์ใช้มากที่สุด คือ แนวคิดความยืดหยุ่นของ Wagnild และ Young<sup>8</sup> ซึ่งแนวคิดนี้พัฒนามาจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อความสูญเสีย และประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต พบว่า ความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกชีวิตมีความหมาย และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีความยืดหยุ่น ซึ่งความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบการศึกษาของ Wagnild<sup>8</sup> ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีขวัญและกำลังใจ การมีความพึงพอใจในชีวิต และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ Wells<sup>9</sup> ศึกษาปัจจัยการมีเครือข่ายทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทย พบการศึกษาของ Choowattanapakorn,

Alex, Lundman, Norberg, และ Nygren<sup>10</sup> ที่ศึกษาความยืดหยุ่นระหว่างผู้สูงอายุในประเทศไทยและในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความยืดหยุ่นไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพโสดและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ มีความยืดหยุ่นสูงกว่าผู้สูงอายุสวีเดน และ ฉัตรฤดี ภาระญาติ<sup>11</sup> ที่ศึกษาความยืดหยุ่นและปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุได้ แต่เพศ ความเพียงพอของรายได้ ขวัญและกำลังใจ ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความยืดหยุ่นและปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา นั้น ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงบริบท และสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ภายใต้ข้อจำกัด และกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปได้ โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดสรรปัจจัยที่อาจทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถปรับตัวหรือลดผลกระทบจากปัญหาและความยากลำบากในชีวิตได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จากปัจจัยที่คัดสรร

ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความยืดหยุ่นของ Wagnild และ Young<sup>6</sup> และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดดังกล่าวได้ให้ความหมายของความยืดหยุ่น ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัว เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต ตามแนวคิดของ Wagnild and Young<sup>6</sup> ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และช่วยส่งเสริมความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล (Strong internal resource) ปัจจัยด้านการมองโลกในแง่ดี (Optimism) และปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยบางส่วนที่กล่าวมาแล้วข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) เลือกศึกษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล (Strong internal resource) เลือกศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Lee et al.<sup>12</sup> ปัจจัยด้านการมองโลกในแง่ดี (Optimism) เลือกศึกษาการมองโลกในแง่ดีของ Lee et al.<sup>12</sup> และปัจจัยที่นอกเหนือจากนี้ผู้วิจัยนำจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wagnild<sup>6</sup>, Wells<sup>9</sup>, Choowattanakorn et al.<sup>10</sup>, ฉัตรฤดี ภาระญาติ<sup>11</sup> และการสนับสนุนทางสังคมของ Wells<sup>9</sup>, ฉัตรฤดี ภาระญาติ<sup>11</sup>

### สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราได้

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นและปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ธรรมปรกรณ์วัดม่วงและสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปรกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถพูดคุยนสื่อสารภาษาไทยได้ และ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวมทั้งสิ้น 19 คะแนน โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*POWER 3.1<sup>13</sup> กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ( $\alpha = .05$ ) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 และความคลาดเคลื่อนแบบที่ 2 ช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ<sup>14</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 92 ราย และการวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple without replacement) จนครบตามจำนวนที่กำหนด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล<sup>15</sup> ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการ

สมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อคำถามหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย การให้คะแนน คือ ตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน และหากตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ โรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ<sup>16</sup> ที่แปลมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg<sup>17</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ โดยมีความเที่ยงเท่ากับ .80 การให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ถึง 5 = รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา การแปลผลคะแนน คือ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิ ธีระเจตกุล<sup>18</sup> สร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al.<sup>19</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น มีค่าความเที่ยง .92 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี/ แย่กว่า ปานกลาง/ เท่ากัน ดี/ ดีกว่า และดีมาก/ ดีกว่ามาก ให้คะแนน 1-4 คะแนน การแปลผลคะแนนมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และคะแนนที่สูงแสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

4. แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยนำมา

จากแบบวัดการมองโลกในแง่ดีของอะเคื่อ กุลประสูติติก และคณะ<sup>20</sup> ที่พัฒนาและปรับปรุงจากแบบวัดการมุ่งเน้นในชีวิต ฉบับปรับปรุง The Life Orientation Test-Revised [LOT-R] ของ Scheier et al.<sup>21</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .66 การให้คะแนนเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = มีการมองโลกในแง่ดี ต่ำถึง 5 = มีการมองโลกในแง่ดีสูงมาก การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนน คือ 1.00-1.50 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับมาก และ 4.51-5.0 หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับมากที่สุด

5. แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นของ ศรีเรือน แก้วกังวาล 22 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ มีค่าความเที่ยง .85 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่จริงเลย ถึง 5 = จริงทั้งหมด กรณีข้อคำถามทางลบมีความหมายตรงกันข้าม การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนน คือ ต่ำกว่า 59 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นยังต้องปรับปรุง 60-69 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นพอใช้ 70-79 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดีมาก และ 80-89 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดี และ 90-100 คะแนน หมายถึง สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดีที่สุดในที่สุด

6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สุปราณี แดงวงษ์<sup>23</sup> ที่ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ทศนีย์ เกริกกุลธรร<sup>24</sup> โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb<sup>25</sup> ร่วมกับ Schaefer et al.<sup>26</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้

คะแนนจาก 1 = ไม่จริงเลย ถึง 5 = เป็นจริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนน คือ 1.00-2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย 2.01-3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างน้อย 3.01-4.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก และ 4.01-5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

7. แบบสัมภาษณ์ความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความยืดหยุ่นของ Choowattanapakorn et al.<sup>10</sup> ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความยืดหยุ่น (Resilience scale) ของ Wagnild and Young<sup>6</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวมน้อยกว่า 121 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นระดับต่ำ คะแนนรวม 121-146 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นระดับปานกลาง และ คะแนนรวม 147-175 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ โดยไม่ได้มีการดัดแปลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้ทำการตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากสังคม และแบบสัมภาษณ์ความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73, .82, .70, .76, .91 และ .96 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 08-04-2561 ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง

ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลข้อมูลในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อหัวหน้าฝ่ายสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์วัดม่วงและสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์วัดม่วงและสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และพยาบาลประจำสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ จากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุในการตอบแบบสัมภาษณ์ตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการอ่านข้อความตามแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยผู้วิจัยไม่ชี้คำตอบ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้รับไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความยืดหยุ่น วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัยทำนายความยืดหยุ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)



## ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 43.50) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.90) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.80) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.70) มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 34.80) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสหย่าร้าง (ร้อยละ 25.00) และสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 25.00) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.70) ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์อยู่ในช่วง 2-5 ปี (ร้อยละ 27.20) รองลงมา คือ ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 26.10) และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.10)

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.20) มีความยึดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของความยึดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 121.89, SD = 13.07)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมกับความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .453, .290, .439, .416$  และ  $.524$  ตามลำดับ)

4. การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนายความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัย

ในสถานสงเคราะห์ได้ร้อยละ 48.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $R^2 = .486$ ) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ได้มากที่สุด (Beta = .530,  $p < .01$ ) รองลงมาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Beta = .460,  $p < .01$ ) (ตารางที่ 1)

## อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.2) มีความยึดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของความยึดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 121.89, SD = 13.07) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจาก การใช้ชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุล้วนต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องจากบ้านของตนเองมาอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมีความแตกต่างในหลายๆ ด้าน ทั้งทางด้านวิถีชีวิตที่ค่อนข้างถูกจำกัดอยู่ในพื้นที่และกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา ในทางด้านสังคม ผู้สูงอายุต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่ไม่คุ้นชิน และอีกทั้งการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งสิ้น จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา นั้น อาจยากลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราถูกกำหนดไว้กับพื้นที่ภายในสถานสงเคราะห์และกิจวัตรประจำวันที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จึงอาจส่งผลกระทบต่อคะแนน

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายความยึดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ (n = 92)

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.584	.084	.530	6.976	< .01
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.037	.171	.460	6.054	< .01
Constant	35.311	9.490		3.721	< .01

$R = .697, R^2 = .486, R^2_{adj} = .475, F(2,89) = 42.146$  Sig of F = < .01

ความยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.10 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยาวนานนี้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับแผนการรักษา<sup>27</sup> ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต คือ การเจ็บป่วยมากขึ้น

2. การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยร่วมทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราได้ร้อยละ 48.6 ( $R^2 = .486, p < .01$ ) สามารถอธิบายได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ได้มากที่สุด ( $Beta = .530, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ล้วนประสบปัญหาเกี่ยวกับการถูกทอดทิ้ง การขาดผู้ดูแล มีปัญหาครอบครัว และขาดแคลนการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต นำไปสู่ความรู้สึกของการไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความใกล้ชิดสนิทสนมจากผู้ดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความผูกพันและความไว้วางใจ รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในสังคม จากรูปแบบกิจกรรมหรือการให้บริการของสถานสงเคราะห์คนชราที่ได้รับการสนับสนุนจากทางภาครัฐและเอกชน ถือว่าเป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเสมือนการทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ให้ได้รับกำลังใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และพยายามปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต<sup>23</sup> ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อความยืดหยุ่น คือ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเอง และทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามีความหมาย<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Choowattanakorn et al.<sup>10</sup> พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานะโสด มี

ระดับความยืดหยุ่นที่มากกว่าผู้สูงอายุสวีเดน โดยผู้วิจัยอธิบายว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานะโสด จะมีการบอกรับคอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนผู้สูงอายุสวีเดนที่สถานะโสด มักจะอยู่ตามลำพัง จึงอาจไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งส่งผลต่อความยืดหยุ่นที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ Wells<sup>9</sup> พบว่า การมีเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ( $r = .57, p < .01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ<sup>11</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ ( $r = .51, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุได้ ( $R^2 = .309, p < .01$ )

ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์รองลงมา ( $Beta = .460, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ล้วนมีสิ่งกระทบทางด้านจิตใจมากมาย ทั้งการพลัดพราก ผิดหวัง หรือการจากลาจากบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งถ้าหากเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ดำเนินไปได้ด้วยดี ผู้สูงอายุจะเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถที่จะเผชิญความเครียดต่างๆ และสามารถปรับตัวทางอารมณ์ได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากผู้สูงอายุมองเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นในแง่ลบ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวังได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสถานการณ์ โดยจะเกิดและพัฒนาขึ้น หลังจากที่ถูกดูแลได้รับการตอบสนองทางร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ สำหรับในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ได้มีกิจกรรมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในรูปแบบ การฝึกงาน อาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้นำความสามารถของตนออกมาก่อให้เกิดรายได้ หรือมีกิจกรรมการผ่อนคลายจิตใจ เช่น กิจกรรมนันทนาการหรือการสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการนำความสามารถของตนเองมาเป็นผู้มีในแต่ละกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังมีค่ามีความหมาย ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มี

ประสิทธิภาพ ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงมีผลต่อความยืดหยุ่นตามแนวคิดของ Wagnild และ Young<sup>6</sup> ในด้านการเชื่อมั่นในตนเอง และการรู้สึกชีวิตมีความหมาย สอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นของ Wagnild และ Young<sup>6</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นจะมองเห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee et al.<sup>12</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุสตรีชาวเกาหลีและบุตรสาวที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ประเทศสหรัฐอเมริกา และเคยประสบปัญหากับความทุกข์ยากในชีวิต พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุสตรีชาวเกาหลีและบุตรสาว ( $r = .687, p < .01$  และ  $r = .623, p < .01$ ) ตามลำดับ

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้ อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 7.90 (SD = 2.20) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความยืดหยุ่น ( $r = .290, p < .01$ ) กล่าวคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสภาพการทำงานของร่างกายภายใต้ความเสื่อมตามวัย ซึ่งสุขภาพของผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ล้วนต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย และปัญหาที่พบเจอ จึงอาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของร่างกาย ในการเผชิญกับผลกระทบจากความเสื่อมถอยตามวัยได้

การมองโลกในแง่ดี ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 3.30 (SD = 0.44) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .439, p < .01$ ) กับความยืดหยุ่นกล่าวคือ สาเหตุของการตัดสินใจเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา อาจเป็นสิ่งที่กำหนดการมองโลกและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ล้วนมีสาเหตุ

และความจำเป็นบางอย่าง ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายและมีทัศนคติแง่ลบ ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหา จึงอาจส่งผลต่อการปรับตัว เพื่อจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวาง นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ลดลง

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้ อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเท่ากับ 66.79 (SD = 8.89) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .416, p < .01$ ) กับความยืดหยุ่น กล่าวคือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสังคมที่เคยชิน เมื่อก้าวเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุต้องมาอาศัยอยู่ร่วมกันและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคยหรือมีความแตกต่างกันในหลายๆด้าน ผู้สูงอายุอาจไม่มีความสนใจที่จะคบหาสมาคมด้วย ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความหลากหลายทางด้านระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ดังผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ตั้งแต่ช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 26.10), 2-5 ปี (ร้อยละ 27.20), 6-10 ปี (ร้อยละ 25.00) และมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 21.70) ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกระจายตัว อาจส่งผลทำให้ไม่สามารถทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตได้

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล คณาจารย์พยาบาล สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปประยุกต์

ใช้ประกอบการเรียนการสอนกับนิสิตพยาบาล เพื่อให้ นิสิตเกิด ความตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อความยืดหยุ่น ของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อใช้ในการ วางแผนการพยาบาลและเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ นักวิจัยทางการแพทย์ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางสำหรับการ ศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างโปรแกรม เสริมสร้างความยืดหยุ่นให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

4. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ในการส่งเสริม บุคลากรทางการแพทย์ให้พัฒนาแนวทาง หรือวางแผน โครงการในการส่งเสริมความยืดหยุ่นให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยใน

สถานสงเคราะห์คนชราได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยทางด้าน จิตวิญญาณ ที่อาจส่งผลหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น ของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่มีความหลากหลาย สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสร้าง ความยืดหยุ่นให้กับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและตรงตามบริบท ของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมทางการแพทย์ที่ช่วย เสริมสร้างความยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในสถาน สงเคราะห์คนชรา เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่น

### References

1. Tuntichaivanit C. Life happiness of the elderly in Rayong Province [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai)
2. National Statistical Office. The 2014 survey of the older persons in Thailand. 2014 [cited 2017 Sep 17] Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-1-1.html>
3. Chunharas S. Situation of the Thai elderly 2008. Bangkok: TQP; 2009. (in Thai)
4. Wattana R. The effect of relationship enhancement program on interpersonal relations and life satisfaction among the older adults in home for the aged [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2014. (in Thai)
5. Somphong S. Happiness of the elderlies in nursing homes Nakhon Pathom province [Master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2012. (in Thai)
6. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience Scale. Journal of nursing measurement. 1993;1(2):165-78.
7. Hengudomsub P. Resilience in later life. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2007;2(1):115-23.
8. Wagnild G. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. Journal of Gerontological Nursing. 2003;1:42-7.
9. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. Journal of rural nursing and health care. 2010;10(2):45-54.
10. Choowattanapakorn T, Alex L, Lundman B, Norberg A, Nygren B. Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. Nursing & health sciences. 2010;12: 329-335.

11. Parayat C. Predictive factors of resilience among elderly. The Journal of faculty of nursing Burapha University; 2015;24(2):97-106. (in Thai)
12. Lee H, Brown SL, Mitchell MM, Rchiraldi GR. Correlates of resilience in the face of adversity for Korean women immigrating to the US. Immigrant Minority Health education. 2008;10:415-22.
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41:1149-60.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1977.
15. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999. (in Thai)
16. Kangchai K. Self-esteem self-care agency and quality of life in elderly. [ChonBuri]: Burapha University; 1997. (in Thai)
17. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: University Press; 1965.
18. Teerajetgoon S. The relationship between concept of health, perceived health status and health promotion behaviors of elderly people in rural areas at Trakanphutphon district, Ubon Ratchathani province [Master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 1996. (in Thai)
19. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing and Health. 1989;12(2):93-100.
20. Kulprasutidilok A, Jirawongnusorn S, Chitmanasak N, Supawantanakul D. Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly in Bang Khen district, Bangkok. Journal of health science research; 2014;8(2):35-46. (in Thai)
21. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life Orientation Test. Journal of personality and social psychology. 1994;67:1063-78.
22. Kaeokangwa, S. Thai elderly life satisfaction index a life experience test manual. Chiang Mai: Faculty of humanities department of psychology Chiang Mai University;1991. (in Thai)
23. Tangwong S. Social support and quality of life of the elderly in Thaweewattana district, Bangkok [Master's thesis]. Nakhonpathom: Christian University; 2004. (in Thai)
24. Krirkgulthorn T. A study of social support and adaptation of the elderly in Moung Saraburi municipal area. [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1993. (in Thai)
25. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine. 1976;38(5):300-14.
26. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine. 1981;4(4):381-405.
27. Sawatdirak K. Factors related to health related hardiness among elderly with coronary artery disease. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(1):40-51. (in Thai)

## บทความวิจัย

## การศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### A Study of Workload, Sufficiency of Manpower and Human Resource Management in District Health Promotion Hospital

Received: Aug 3, 2018  
Revised: Nov 26, 2018  
Accepted: Jan 25, 2019

กฤษดา แสงวงดี ปร.ด. (Krisada Sawaengdee, Ph.D)<sup>1</sup>  
อติญาณ์ ศรีเกษตริน กศ.ด. (Atiya Sarakshetrin, Ed.D.)<sup>2</sup>  
ดารารวรรณ รongเมือง ปร.ด. (Daravan Rongmuang, Ph.D)<sup>3</sup>  
รุ่งนภา จันทรา ปร.ด. (Rungnapa Chantra, Ph.D)<sup>4</sup>  
สุथานันท์ กัลละ พย.ม. (Suthanan Kunkla, M.S.N.)<sup>5</sup>  
เบญจพร รัชตารมย์ ปร.ด. (Benjaporn Rajataramya, Ph.D)<sup>6</sup>  
วิริยา โพธิ์ขวาง-ยู่สท์ ปร.ด. (Wiriya Phokhwang-Just, Ph.D)<sup>7</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่มีผลงานโดดเด่นในแต่ละภาค ๆ ละ 2 แห่ง จำนวน 8 แห่ง รวม 16 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จาก 4 ภาคของประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม รพ.สต. ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลังบุคลากรที่มีในปัจจุบันและบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้เวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า ร้อยละ 30 ในการทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การทำงานด้านบริหาร รวมถึงงานเอกสารอื่นๆ เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล เป็นต้น ทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดลง ในขณะเดียวกัน บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาและไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ส่วนรูปแบบการบริหารกอบอัตรากำลังคน ประกอบด้วย การบูรณาการการทำงาน การสร้างแนวปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน การถ่ายโอนภาระงานบางอย่าง การจัดระบบการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพโดยไม่เกิดความซ้ำซ้อนใน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<sup>1</sup>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนทรงคุณวุฒิ (ด้านแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข), <sup>1</sup>Email: sawaengdee@gmail.com

<sup>2</sup>ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหัดเพชรบุรี Email: atiya\_s@hotmail.com,

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวรรดิ Email: Drongmung@gmail.com

<sup>4,7</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

<sup>4</sup>Email: c\_rungnapa@yahoo.com, <sup>7</sup>Email: wiriya.phokhwang@gmail.com

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: Suthanan\_pop@hotmail.com,

<sup>6</sup>นักวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก Email: addbenjaya@gmail.com

การดำเนินงาน การเชิญชวนจิตอาสามาเป็นทีมให้บริการสุขภาพ รวมถึงการปรับเวลาการให้บริการโดยเปิดบริการเต็มวัน ทุก 7 วัน ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย กระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวนการกำหนดกรอบมาตรฐานอัตรากำลัง การสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่างๆ และการปรับปรุงกระบวนการทำงานใหม่เพื่อให้ใช้ประโยชน์จากกำลังคนที่มีอยู่อย่าง เต็มศักยภาพ ตามลักษณะงานและปริมาณงานของ รพ.สต. รวมทั้งการทบทวนเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด และระบบรายงาน ที่จะไม่เป็นภาระแก่บุคลากรโดยไม่จำเป็น

**คำสำคัญ:** ความยืดหยุ่น, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์คนชรา

### Abstract

This qualitative study aimed to investigate the workload sufficiency of manpower and manpower management in District Health promotion Hospitals (DHPHs). Purposive sampling was applied to select 8 outstanding DHPHs from 4 geographic regions across the country. Focus group discussions were conducted, and all health personnel who working in selected settings participated. Descriptive statistics, and content analysis were applied for data analysis.

The main findings indicated that 1) Health personnel in DHPH spent their working hours for 60%-70% more than health promotion and prevention activities which were their major responsibility; 2) Comparing with staffing standard and current workload, there was shortage of health personnel in DHPH. They also complained about an imbalance between their effort and reward, they did not get overtime payment and career advancement; 3) Health personnel had to share 30% of their working hours for administrative and clerical jobs which led to decrease time to provide health services. These jobs consisted of performance reporting associated with MOPH mandatory indicators, financial and accounting reports, supply and inventory document and input data into management information system for various public agencies, etc. These findings suggested that, MOPH should improve staffing standard and allocation, and improve morale and optimize resources utilization. Moreover, development of administrative competency for directors of DHPH and reorientation of a mandatory reporting system need to be concerned as well.

**Keywords:** health personnel, workload, District Health promotion Hospitals

## บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ 2550-2559 กำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้ได้กำลังคนที่เพียงพอสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การสร้างภาพรวมเอกภาพในระบบสุขภาพ<sup>1</sup> จากยุทธศาสตร์ที่เน้นการผลิต การกระจายบุคลากรให้เหมาะสม และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ ดังนั้นบริหารกรอบอัตรากำลังคน การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย โดยเฉพาะความต้องการกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการปรับมาตรฐานการบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การจัดบริการของ รพ.สต. จึงมีบทบาทในการให้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ รวมถึงการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลระยะยาวในชุมชน การดำเนินงานของ รพ.สต. จึงอยู่บนพื้นฐานของการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้ง การจัดการปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

สำหรับกำลังคนใน รพ.สต. แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) บุคลากรที่ทำงานประจำอย่างต่อเนื่องใน รพ.สต. 2) บุคลากรที่เสริมเพิ่มเติมตามบริการเฉพาะ และ 3) บุคลากรที่เป็นส่วนประสานในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการระหว่าง รพ.สต. กับแม่ข่ายและหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องจากการสำรวจจำนวน รพ.สต. พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมี รพ.สต. มีอยู่จำนวน 9,700 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ มีบุคลากรรวม 37,152 คน จำแนกเป็นนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 22,513 คน พยาบาล 10,280 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน 1,882 คน บุคลากรด้านอื่นๆ 1,299 คน<sup>2</sup> จากจำนวนบุคลากรต่อ รพ.สต.

เฉลี่ยมีบุคลากรเพียง 3.8 คนต่อแห่ง ซึ่งการกำหนดกรอบอัตรากำลังสำหรับ รพ.สต. ที่ผ่านมา กำหนดให้มีการบริหารอัตรา กำลังตามภาระงาน โดยแบ่งขนาด รพ.สต. ออกเป็น 3 ขนาด ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ คือ ขนาดใหญ่ 8,001 คน ขึ้นไปมีอัตรากำลังขั้นต่ำ 7 อัตรา ขนาดกลาง 3,001-8,000 คน มีอัตรากำลังขั้นต่ำ 5 อัตรา และขนาดเล็กน้อยกว่า 3,000 คน มีอัตรากำลังขั้นต่ำ 3 อัตรา โดยคิดอัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1: 1,250 คนโดยเฉลี่ย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพมาร่วมปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับภาระงานในความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อการดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน<sup>3</sup>

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการจัดบริการที่มุ่งเพิ่มคุณภาพบริการ และการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชนตามแผนการจัดบริการ รพ.สต. จึงมีบทบาทการให้บริการเพิ่มมากขึ้น จากการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการในฐานะหน่วยบริการด่านหน้า (Gate Keeper) โดยเฉพาะในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งการเป็นหน่วยบริการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวในชุมชน ดังนั้นการกำหนดกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำตามปัจจัยขนาดประชากรเพียงอย่างเดียว อาจไม่สอดคล้องกับภาระงานในปัจจุบัน และการตอบสนองนโยบายการจัดบริการสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้พบว่ายังไม่มีการศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกรอบอัตรากำลังคนของบุคลากรใน รพ.สต. ในเชิงลึก นอกจากนี้เกณฑ์ภาระงานที่กำหนดออกมานั้นไม่ได้ถูกกำหนดจากฐานข้อมูลเรื่องปริมาณงาน ชั่วโมงการทำงานการให้บริการเพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการศึกษาสถานการณ์ด้านภาระงานของบุคลากร ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนใน (รพ.สต.) ภายใต้ความขาดแคลนเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดกรอบอัตรากำลังและการบริหารจัดการกำลังคนใน รพ.สต. ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านภาระงานของบุคลากร ความพอเพียงของอัตรากำลัง และการบริหารกำลังคนภายใต้ความขาดแคลนกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative descriptive study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีผลงานโดดเด่นในแต่ละภาค ๆ ละ 2 แห่ง จำนวน 8 แห่ง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นๆ ทั้งลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างรายวันและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย รวมจำนวน 16 คน

### เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านกรวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จำนวน 2 คน โดยแนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมและสมบูรณ์สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แนวคำถามมุ่งเน้น 5 ประเด็น คือ 1) ความเหมาะสมของภาระงานและอัตรากำลังของ รพ.สต. 2) ความพอเพียงของอัตรากำลังของ รพ.สต. 3) การบริหารในกรณีที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ 10) ปัญหาในการทำงาน 11) ข้อเสนอแนะด้านแรงจูงใจ และ 12) ข้อเสนอแนะตามกรอบอัตรา

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เลขที่ 2016/16 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัยโดยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสนทนากลุ่ม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับการนำเสนอผลการวิจัย

เป็นภาพรวม และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ (In Depth Interview) เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ภาระงาน ความเหมาะสมของภาระงานและอัตรากำลังของ รพ.สต. ความพอเพียงของอัตรากำลังของ รพ.สต. การบริหารในกรณีที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ รวมถึงปัญหาในการทำงาน และดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้ให้ข้อมูลหลักหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำความเข้าใจในสถานการณ์ในเชิงลึกมากขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการจดบันทึก (Note-Based Analysis) และการวิเคราะห์จากการถอดคำบันทึกเสียง (Tape-Based Analysis) และการวิเคราะห์จากความจำ (Memory-Based Analysis) จัดพิมพ์ข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลทั้งหมด ความเข้มงวด (rigor) ความเชื่อถือได้ (credibility) ของกระบวนการวิจัยร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และด้านผู้วิจัย โดยนำข้อมูลมาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Category Data) แล้วมาแปลความหมายข้อมูลตามประเด็นที่ค้นพบ ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเด็น ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

## 1. สถานการณ์ด้านภาระงานของบุคลากรใน รพ.สต.

1.1 ภารกิจหลักของ รพ.สต. และสภาพการทำงานในปัจจุบัน พบว่า ยังต้องทำงานหลายด้าน ทั้งงานให้บริการที่ต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู การคัดกรอง และการทำงานตามตัวชี้วัดต่างๆ ตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีภาระงานอื่นนอกจากภารกิจหลัก เช่น งานพัสดุ เอกสารการเงิน การบันทึกข้อมูล ทำให้ภาระงานมากต้องทำงานนอกเวลา ภาระงานที่บุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าเป็นภาระมากที่สุดคือการบันทึกข้อมูล เป็นต้น ซึ่งทิศทางการดำเนินงานสุขภาพของ รพ.สต. ควรเน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค

แต่ในปัจจุบัน การดำเนินงานเปลี่ยนไปเน้นการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก ภาระงานในปัจจุบัน เป็นเรื่องของการรักษาลึถึงร้อยละ 70-90 การส่งเสริมและการป้องกันจึงทำได้น้อยลง ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งตัวกลับลงมารับการรักษาในพื้นที่ ส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพการทำงานในปัจจุบัน พบว่าการทำงานจริงไม่ตรงกับงานที่ได้รับมอบหมายหรืองานตามภารกิจของ รพ.สต. บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. บางตำแหน่งไม่ตรงกับงานที่รับผิดชอบ ไม่ตรงตามโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง อีกประเด็นคือการทำงานตามตัวชี้วัดของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมาก ทำให้ รพ.สต. ต้องทำงานตอบตัวชี้วัดมากขึ้นต้องดำเนินงานเพื่อตอบตัวชี้วัดของกระทรวงอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขด้วย ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “เมื่อก่อนเป็นสร้างนำซ่อม แต่เมื่องานปัจจุบันเปลี่ยนไปเราต้องรับงานจากที่ถูกแบ่งมาจาก รพ. เหมือนเน้นที่การรักษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้ทำงานรักษา มากกว่า ร้อยละ 90” “ตำบลสร้างสุขของกระทรวงมหาดไทย แต่สาธารณสุขต้องมาดำเนินการเองทั้งหมด ซึ่งมองว่ากระทรวงสาธารณสุขควรเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของตำบลสร้างสุข การขึ้นทะเบียนผู้พิการ เป็นของ อปท. ดังนั้นการทำงานจริงในชุมชนจึงต้องเน้นที่งานในหน้าที่ของเรา”

1.2 จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า จำนวนภาระงานที่มีจำนวนมาก ทำให้บุคลากรมีความคิดว่าอัตรากำลังยังไม่เพียงพอ ต้องทำหลายอย่างพร้อมกัน ต้องช่วยงานอื่น นอกจากงานที่ตนเองรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เป็นงานเอกสาร ต้องทำงานตามตัวชี้วัดที่เยอะ มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า รพ.สต. บางแห่งยังต้องการตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “ภาระงานมีมาก มากกว่ากรอบการทำงานจริง ทำให้เกิดความเครียด ภาระงานไม่ตรงตามวิชาชีพ และข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. ไม่มีเจ้าหน้าที่เฉพาะ จึงจำเป็นต้องช่วยกัน เช่น งานการเงิน พัสดุ การที่เจ้าหน้าที่ทำงานพื้นที่ แต่เมื่อทำการรักษาแล้ว ต้องคีย์ข้อมูลเพื่อแลกเงิน คนที่คีย์ข้อมูลควรจะเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการ แต่ไม่มีตำแหน่งนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษาต้องคีย์ข้อมูลเอง ทำให้เสียเวลาในการลงพื้นที่ทำงานตามนโยบายของการทำงาน

### ปฐมภูมิ”

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) งานบางอย่างต้องใช้ความชำนาญเฉพาะ เช่น การเงิน ทำให้ต้องใช้เวลานาน 2) งานเอกสารที่ค่อนข้างเยอะ 3) ขาดงบประมาณในการจ้างเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 4) การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับมารับบริการที่รพ.สต. 5) ภาระงานตาม KPI ค่อนข้างมาก 6) การโยกย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนสายงานของบุคลากร 7) การทำงานที่ไม่ตรงกับสายงาน 8) งานบางอย่างเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงอื่น และ 9) ภาระที่นอกเหนือจากงานประจำ และงานตามนโยบาย ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “ในปัจจุบันมีภาระงานอื่นที่นอกเหนือจากภารกิจหลัก เช่น งานพัสดุ การเงิน งานเอกสารมีมาก การทำงานทุกอย่างต้องลงบันทึกทั้งหมด ทำให้เสียเวลา และล่าช้าในการส่งงาน ส่งผลให้การเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน long term care, ANC และงานสุขภาพจิต ไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่”

### 2. ความพอเพียงของอัตรากำลังใน รพ.สต.

ความเหมาะสมของปริมาณภาระงานและอัตรากำลังของบุคลากร รพ.สต. ที่ปฏิบัติจริง พบว่า ภาระงานปัจจุบันเยอะ ตัวชี้วัดเยอะ มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย ภาระงานมีมากและมีหลายด้าน ทำให้ปริมาณงานไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. มีไม่เพียงพอ เพราะต้องทำหลายอย่างพร้อมกัน บางครั้งต้องช่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานที่ตนเองรับผิดชอบ จากการเก็บข้อมูลพบว่า บทบาทในแต่ละวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความเหมาะสม แต่สัดส่วนภาระงานในการทำงานไม่เหมาะสม เช่น พยาบาลวิชาชีพทำงานด้านรักษาพยาบาลมากกว่างานส่งเสริมป้องกันและทำงานด้านเภสัชกรรมด้วย และบางครั้งทุกวิชาชีพต้องมาบันทึกข้อมูลและทำงานด้านเอกสาร เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ธุรการและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลที่เพียงพอ หรือบางครั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขมาทำงานรักษาพยาบาล ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “เจ้าหน้าที่เพียง 4 คนในวันธรรมดาที่มีผู้ป่วย ประมาณ 40-50 ราย และถ้าวันไหนผู้ป่วย 100 ราย เจ้าหน้าที่น้อย ก็โดนร้องเรียน จึงต้องวางแผนการปฏิบัติงาน (การประชุม และการอบรมของ รพ.สต. ก็มีจำนวนมาก) เคยขอบุคลากรเพิ่ม แต่ได้คำตอบให้ใช้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด”

“เมื่อดูจากจำนวนคนและเทียบกับปริมาณงานจริง จะไม่เพียงพอถ้าดูคนทำงานจริง จะเหมือนเยอะกว่าที่อื่น เช่น งานบริการการรักษาบางคนทำไม่ได้ ต้องให้เจ้าพนักงานมาทำบริการก็จะทำไม่ได้”

### 3. การบริหารกำลังคนใน รพ.สต.

จากการสัมภาษณ์พบแนวทางการจัดการเมื่อมีอัตรา กำลังไม่เพียงพอ ประกอบด้วย

3.1 การบูรณาการการทำงาน เช่น ตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขมีจำนวนเยอะมาก เช่น หมู่บ้านปรับเปลี่ยน สุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะเน้นภาพรวมของ ทุกองค์กร เช่น ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม การทำงานจึงเน้น การบูรณาการ ว่าใครควรเป็นเจ้าของในเรื่องใด

3.2 สร้างแนวปฏิบัติ โดยการจัดทำคู่มือในการทำงาน กรณีที่ต้องทำงานแทนกัน

3.3 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน ลดเวลาการให้บริการ ซึ่งปัจจุบันรูปแบบการให้บริการเป็นแบบรักษามากกว่า การส่งเสริมป้องกัน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยที่มา รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งตัวกลับลงมารับการรักษาในพื้นที่

3.4 ขอเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.อื่น มาช่วยในวันที่ กำหนด

3.5 ถ่ายโอนภาระงานบางอย่าง เช่น งานควบคุม ป้องกัน ถ่ายโอนให้ อสม. การประชุมลูกข่ายลงลาย โดยไป จัดการประชุมในพื้นที่/ชุมชนแทนการเรียกมาประชุมที่ รพ.สต. พอประชุมเสร็จก็ลงพื้นที่สำรวจ จากนั้นคืนข้อมูลให้กับชุมชน เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังโรค

3.6 จัดระบบการคีย์ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ในการ key ข้อมูลซึ่งปัจจุบัน ใช้เวลาเฉลี่ยในการ key ข้อมูล ซึ่งข้อมูลปัจจุบันกระจาย ซึ่งถ้ามีการรวมข้อมูลจะช่วยลดในการคีย์ข้อมูล เช่น วัคซีน ซึ่งจะทำได้เก็บข้อมูลรายละเอียดภาพรวม หรือโรคเรื้อรัง มะเร็งต่างๆ ข้อมูลที่นำมาใช้จริง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต วัคซีน ทันตกรรม ข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุ

3.7 จ้างบุคลากรเพิ่ม เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องจ้างเจ้าหน้าที่มาบันทึกข้อมูล จ้างแม่บ้านมาทำ เรื่องซับลาย จ้างธุรการดูแลเรื่องเอกสาร

3.8 ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ หากผู้ป่วย

มารับบริการ ได้รับบริการเบื้องต้น แต่ถ้าเกินขีดความสามารถ ก็จะทำการส่งต่อ

3.9 เชิญชวนจิตอาสาเป็นทีม ซึ่งจะเป็น อสม.ที่ เข้ามาช่วยในการปฏิบัติงาน วันละ 2 คนในการทำหน้าที่ คัดกรองผู้รับบริการ ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

3.10 เปิดบริการเต็มวัน ทุก 7 วัน เพื่อเอื้อต่อประชาชน ในการทำแผลที่ต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้จะต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์ อักษรที่ต้องอยู่เวร ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “งาน บริการต่างๆ ต้องให้แพทย์แผนไทยมาช่วยเป็น 3 คน แต่ผู้ป่วย นอกจากจะไม่พอกับการทำงาน งานตรวจรักษา จริงๆ พยาบาล ไม่พอบางครั้งต้องให้นักวิชาการสาธารณสุขไปช่วยบริการ แต่ ก็ไม่เพียงพอ เราอยากได้ในวันที่คนไข้เยอะหรือคนที่มีปัญหา สุขภาพซับซ้อน เพื่อจะได้ดูแลได้อย่างเต็มที่” “เดี๋ยวนี้เน้น คีย์ข้อมูลเยอะเพราะประชากรเยอะ ทำให้ภาระงานอื่นๆ ไหลลง ตาม สิ่งที่ยากให้มีคือ เจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล เพื่อช่วย งานกัน เพราะถ้าให้คนทำงานคีย์เอง จะไหลลงงาน การให้ บริการคนไข้ต้องลดลง หรือช่วงเร่งงาน”

## 4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

### 4.1 ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

4.1.1 มีผู้รับบริการมารับบริการจำนวนมากแต่ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมาน้อย เนื่องจากมีผู้รับบริการ จาก รพ.สต.ข้างเคียงมารับบริการเพิ่ม แต่งบประมาณรายหัว ประชากรเท่าเดิม

4.1.2 เจ้าหน้าที่เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน เนื่องจากภาระงานที่มาก ไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำ งานเยอะ เครียดการทำงานไม่ตรงสายงาน เกณฑ์การทำงานบางอย่าง เช่น งบประมาณ ตัวชี้วัด ทำให้ภาระงานเยอะ หรือแม้แต่วิชาต่างๆ ต้องมีการวางแผน ระบบผลงาน ระบบ IT จึง ต้องมีภาระงานเยอะ ทำให้ต้องรับผิดชอบหลายด้าน

4.1.3 นโยบายกระทรวงเรื่องการเบิกจ่ายค่าตอบแทนมีความยุ่งยาก

4.1.4 การรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการยังไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินจากการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

4.1.5 ไม่มีเจ้าหน้าที่ในการคีย์ข้อมูล มีความซ้ำซ้อนของฐานข้อมูล ข้อมูลเหมือนกันแต่ต้องคีย์ 2 ที่ ทำให้ เสียเวลาในการทำงานซ้ำซ้อนกัน

4.1.7 โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลในหน่วยบริการแต่ละระดับไม่เสถียรและอาจใช้โปรแกรมที่ไม่เหมือนกัน ทำให้บางครั้งข้อมูลที่รพ.ส่งไปไม่ตรงกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

#### 4.2 ข้อเสนอแนะในการจัดการรอบอัตรากำลัง

4.2.1 ควรมีการส่งเสริมการสร้างสายงานที่มีความก้าวหน้าตามตำแหน่ง

4.2.2 งานรักษาต้องมีแพทย์ประจำตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster

4.2.3 ควรมีการเพิ่มตำแหน่งของบุคลากรเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ตามพันธกิจ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ทันตสาธารณสุข งานส่งเสริม และบุคลากรที่ทำงานเอกสารโดยเฉพาะ เป็นต้น

4.2.4 ควรมีการกระจายอำนาจให้สิทธิ รพ.สต. ให้การจัดจ้างคนในการบริหารงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการบริหารงาน

4.2.5 ควรมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “*ไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำ*” “*งานเยอะ เครียดการทำงานไม่ตรงสายงาน แต่ที่ทำอยู่ คือการทำด้วยใจรักในงานที่ทำ*” “*เกณฑ์การทำงานบางอย่าง เช่น งบประมาณตัวชี้วัด ทำให้ภาระงานเยอะ หรือแม้แต่เวชภัณฑ์ต่างๆ ต้องมีการวางแผน ระบบผลงาน ระบบ IT จึงต้องมีภาระงานเยอะ ทำให้เจ้าหน้าที่เราทำงานเหมือนทศกัณฐ์*”

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบประเด็นที่สะท้อนให้เห็นกรอบอัตรากำลังและผลผลิตของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

#### 1. ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังต้องทำงานหลายด้าน ทั้งการให้บริการตามลักษณะการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค และการทำงานตามตัวชี้วัดต่างๆ ตามนโยบายของ

รัฐบาล และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับกระทรวงจะมีผลกระทบต่อตัวชี้วัด นอกจากนี้ยังมีภาระงานอื่นนอกจากภารกิจหลัก เช่น งานพัสดุ เอกสาร การเงิน การป้อนข้อมูลในระบบ ทำให้ภาระงานมาก ต้องทำงานนอกเวลา ภาระงานที่บุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าเป็นภาระมากที่สุดคือ การป้อนข้อมูล ซึ่งทิศทางการดำเนินงานสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แต่พบว่า ในปัจจุบันการดำเนินงานเปลี่ยนไปเน้นการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก คิดเป็นภาระงานด้านการรักษาถึงร้อยละ 70-90 ทำให้ภาระงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงทำได้น้อยลง ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการส่งตัวกลับมาได้รับการรักษาในชุมชน มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลนและคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น<sup>4</sup> ทำให้ทิศทางการทำงานเปลี่ยนไปตามบริบทของการปฏิบัติงานจริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นที่มีการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับภารกิจของ รพ.สต. ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานรพ.สต.ไม่ตรงกับงานที่รับผิดชอบไม่ตรงตามโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอลิสสา ศิริเวชสุนทร ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบปัญหานโยบายไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติและความคาดหวัง<sup>5</sup>

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) ภาระงานที่ต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น เช่น งานการเงิน การป้อนข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ 2) งานเอกสารที่ค่อนข้างมาก 3) ขาดงบประมาณในการจ้างเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 4) การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับมาได้รับการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ภาระงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบค่อนข้างมาก 6) การโยกย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนสายงานของบุคลากร 7) การทำงานที่ไม่ตรงกับสายงาน 8) งานบางอย่างเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงอื่น และ 9) ภาระที่นอกเหนือจากงานประจำ และงานตามนโยบาย อย่างไรก็ตามถึงแม้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีภาระงานที่มากและมีหลายด้านแล้ว ยังมีปัจจัยที่สนับสนุนการทำงานได้แก่ การที่มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง การได้รับความช่วยเหลือ

จากชุมชน และการได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ การมีทีมงานทำงานที่ดี และการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสิทธิภาพและเข้าใจนโยบาย สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะการจัดบริการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ทำงานเป็นเครือข่าย ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม สร้างเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วม<sup>6</sup> และสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการรณรงค์ให้ผู้รับบริการและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนการร่วมทำกิจกรรม และประเมินผล<sup>5</sup>

## 2. อัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการศึกษาความเหมาะสมของปริมาณภาระงานและอัตรากำลังคนของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติจริง พบว่า ภาระงานในปัจจุบันที่มากขึ้นมีผลจากมีตัวชี้วัดจำนวนมาก มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย ปริมาณงานไม่สอดคล้องกับจำนวนคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ต้องทำงานหลายอย่างพร้อมกัน บางครั้งต้องช่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานที่ตนเองรับผิดชอบ แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานตามบทบาทในแต่ละวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น พบว่า มีความเหมาะสม แต่อัตราส่วนภาระงานในการทำงานไม่เหมาะสมตามมิติของการดูแล เช่น พยาบาลวิชาชีพทำงานด้านรักษาพยาบาลมากกว่างานสร้างเสริมป้องกัน และทำงานด้านเภสัชกรรมด้วย และบางครั้งทุกวิชาชีพต้องมาบันทึกข้อมูลและทำงานด้านเอกสาร เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ธุรการและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลที่เพียงพอ หรือบางครั้งเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขมาทำงานรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะเห็นว่างานสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการ มีครบทุกพันธกิจครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามจากผลวิจัย พบว่า ลักษณะภาระงาน กิจกรรม สิ่งที่ปฏิบัติในแต่ละงานมีจำนวนมาก ขึ้นอยู่กับแผนและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น งานตามแผนบริการสุขภาพ (Service plan) งานและภาระงานตาม Primary care cluster งานตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) และเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care award: PCA) ทำให้ผลงานตามตัวชี้วัดต่างๆ คุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้รับบริการอาจยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่วางไว้ คุณภาพและการประกันคุณภาพของงานสาธารณสุขตามหลักของ Donabedian<sup>7</sup> เน้นที่โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

แต่ในขณะที่เดียวกันก็พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการบริหารกำลังคนใน รพ.สต. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของงานตามเป้าหมาย โดยการบูรณาการการทำงานในหลายๆ งานเข้าด้วยกัน สร้างแนวปฏิบัติ โดยการจัดทำคู่มือในการทำงานเพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามคู่มือที่กำหนด มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อลดเวลาการให้บริการ จัดระบบการป้อนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีการหมุนเวียนบุคลากรมาปฏิบัติงาน ในกรณีที่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องเข้าร่วมการประชุม ทำให้ขาดกำลังคนที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ รวมทั้งมีการเชิญชวนจิตอาสา มาช่วยปฏิบัติงาน ซึ่งการบริหารอัตรากำลังเหล่านี้ถือว่าเป็นความสามารถที่ท้าทายของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแหล่งทรัพยากรจำกัด ในเรื่องการจัดดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อให้การปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดตามนโยบายนั้น ยังมีข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ ในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมียังมีปัญหาในประเด็นการจัดการกำลังคน การได้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งเชิงการบริหาร จัดการงบประมาณ การวางแผนและเสริมศักยภาพบุคลากร ตลอดจนบริการและระบบสนับสนุนจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งสะท้อนปัญหาของภาระงานและอัตรากำลังที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งการจัดบริการตามแนวทางปฏิบัติงานที่เน้นงานเชิงรุกที่มีคุณภาพสอดคล้องกับงานบริการลักษณะตั้งรับภายในหน่วยบริการ

ดังนั้น ถ้าต้องการแก้ไขอัตรากำลังคนและต้องการเพิ่มผลผลิตการปฏิบัติงาน ณ รพ.สต. เพื่อบรรลุเป้าหมายของการบริการสาธารณสุขคือ ความปลอดภัย (Safe) ความมีประสิทธิภาพ (Effective) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) บริการด้วยเวลาที่เหมาะสม (Timely) มีประสิทธิภาพ (Efficient) และมีความเท่าเทียมกัน (Equitable)<sup>8</sup> ต้องมีการ

เพิ่มจำนวนและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับภาระงาน และบริหารจัดการลดภาระงานที่สามารถทดแทนด้วยระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น งานเอกสาร งานบริหาร และการทำรายงานต่างๆ ซึ่ง World Health Organization, Regional Office for South-East Asia ยังได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าในการเพิ่มจำนวนและประสิทธิภาพกำลังคนในหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน (Peripheral health care setting) ซึ่งกำลังคนที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพระดับกลาง (Mid level health workforce) ที่ทำหน้าที่แทนแพทย์ได้นั้น ควรจัดให้มีการศึกษาและอบรมที่เพียงพอ ให้การสนับสนุนกำลังใจ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การผสมผสานบทบาทใหม่ เช่น เพิ่มนักสาธารณสุขในระบบการดูแลในทีมสุขภาพและให้ทำงานในบทบาทที่เหมาะสม มีการควบคุมการปฏิบัติทางวิชาชีพที่ดี มีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงาน<sup>9</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อรองรับภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอนาคต ทั้งด้านการบริหาร งานบริการและเวชปฏิบัติ ครอบครัว งานแผนงานโครงการ และงานวิชาการ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ปัญหาที่ปัจจัยกำหนดผลิตภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งประกอบด้วย

1. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรของรพ.สต. ซึ่งยังมีบุคลากรแต่ละประเภทไม่เพียงพอทั้งอัตราและตำแหน่ง เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเฉพาะการมีพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เพียงครั้งหนึ่งของกรอบอัตรากำลังที่มี รวมทั้งการขาดเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทันตบุคลากร และแพทย์แผนไทยโดยการบริหารจัดการเกี่ยวกับการกระจายตำแหน่งไปยังที่ขาดแคลน หรือการจัดการบริหารกำลังคนร่วมภายในเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

2. การจัดการเกี่ยวกับกระบวนการทำงาน โดยเฉพาะงานบริหาร และงานบันทึกข้อมูล ที่ทำให้บุคลากรทุกตำแหน่งต้องใช้เวลาเกือบ 1 ใน 5 ของเวลาในการทำงานทั้งหมดเพื่อทำงานดังกล่าว ซึ่งควรมีการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง

กระบวนการทำงาน และการพัฒนาระบบงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยการทำงาน และการบูรณาการตัวชี้วัดของหน่วยงานกลางแต่ละหน่วยรวมทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลที่ต่อบัณฑิตให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัดที่เหมือนกัน หรืออาจใช้การบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายในลักษณะ One Cluster One Administration System เพื่อลดการใช้เวลาที่ไม่จำเป็นของบุคลากรแต่ละคนลง

3. การบริหารจัดการทั้งการสรรหาบุคลากรให้มีครบตามกรอบอัตรากำลัง และการบริหารจัดการให้มีการกระจายตัวของบุคลากรไม่ให้มีการล้นเกินในบางแห่ง และขาดแคลนในบางแห่ง เพื่อให้มีบุคลากรทำงานครบทุกตำแหน่ง ในจำนวนที่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนด เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรมีการดำเนินการแก้ปัญหา

4. เร่งรัดการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารให้กับผู้อำนวยการรพ.สต. ให้มีความสามารถในการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยงาน โดยเฉพาะเกี่ยวกับ

- 4.1 การบริหารจัดการเพื่อการมอบหมายงานแก่บุคลากรในรพ.สต. เพื่อสนับสนุนการทำงานอาจจำเป็นต้องจัดทีมบุคลากรเป็นทีมทักษะผสมหลากหลายวิชาชีพ

- 4.2 การวิเคราะห์งาน และภาระงาน รวมทั้งการกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจรองของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ ให้ชัดเจน ร่วมกับจัดให้มีการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรแต่ละตำแหน่งมีทักษะเพียงพอ และสามารถทำงานได้หลากหลายหน้าที่ ในลักษณะของ Task sharing โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก

5. ด้านนโยบายด้านกำลังคนและการกำหนดกรอบอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการทบทวนกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละขนาด โดยคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของบริบทในแต่ละพื้นที่ และภาระงานร่วมด้วย เพื่อให้สามารถวางแผนสรรหา และการจัดการกระจายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจหลัก ลักษณะงานและปริมาณงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนั้นควรดำเนินมาตรการการธำรงรักษากำลังคนไว้ใน รพ.สต. โดยการจัดระบบความก้าวหน้าในแต่ละสายงาน รวมทั้งการจัดระบบการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร รวมทั้งการสร้างสุขให้เกิดขึ้นในองค์กร

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกขนาดและในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

2. ควรศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนผู้เข้าร่วมในการวิจัยทุกท่านในครั้งนี้ ซึ่งทำให้การดำเนินงานการวิจัยให้สำเร็จลุล่วง ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

### References

1. The Ministry of Health's Strategic Health Plan Public Health 2013-2016. Strategy and Planning Division; 2012 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/files/download/08-210356.pdf> (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Health promotion workforce. Copied documents; (2015). (in Thai)
3. Tangcharoensathien, V. et al. A Study of Work load and productivity among health personnel in District Health Promotion Hospital, Research report, 2016. (in Thai).
4. Ministry of Public Health .Strategy and Planning Division. Health Promotion Plan for the Decade 2007–2016. (2016) [cited 2016 Jul 17]. Available from: [https://phpp.nationalhealth.or.th/นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ/.../112\\_89228def6829](https://phpp.nationalhealth.or.th/นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ/.../112_89228def6829) (in Thai)
5. Sirivetsunthorn, A. Health Promotion Working: Practical Guidelines for Health Care Profession in Health Centers. Nursing journal of ministry of public health, 2013; 23(2), 94-102. (in Thai)
6. The drive and reform of the service system. Primary Care Cluster Implementation Guidelines for Service Units; 2016 [cited 2016 Jul 17]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/Guidelines%20PCC.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Guidelines%20PCC.pdf) (in Thai)
7. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly, 2005; 83, 691-729. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/abstract>
8. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education. Health Professions Education: A Bridge to Quality; 2003. Washington (DC): National Academies Press (US).
9. World Health Organization. Primary Health Care: The basis for health systems strengthening. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South- East Asia; 2018

## บทความวิจัย

## รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

## The Model Development of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border

ปัญญา ยงยิ่ง ศศ.ม. (Panya Yongying, M.A.)<sup>1</sup>วิชัย เทียนถาวร Ph.D. (Vichai Teinthavorn, Ph.D.)<sup>2</sup>วสุธร ตันวัฒนกุล Ph.D. (Vasuton Tanwatanakul, Ph.D.)<sup>3</sup>กาสิก เต๊ะชั้นหมาก Ph.D. (Kasak Tekhanmag, Ph.D.)<sup>4</sup>พัชณา ใจดี Dr.P.H. (Patchana jaidee, Dr.P.H.)<sup>5</sup>วันสรา เชาวนันนิม Dr.P.H. (Wanasara Chaoniyom, Dr.P.H.)<sup>6</sup>

Received: Jun 15, 2018

Revised: Sep 18, 2018

Accepted: Dec 28, 2018

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำภาคีเครือข่ายการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จำนวน 6 อำเภอ ๆ ละ 10 คน รวม 60 คน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้เชี่ยวชาญ 5 สาขา จำนวน 17 คน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2561 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จหลัก 6 องค์ประกอบสำคัญที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า 1 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเข้มแข็ง (Unity of district health team: U) เป็นโอกาสที่มีระเบียบสนับสนุนให้การทำงานเป็นทางการชัดเจนขึ้น กระบวนการ 4 องค์ประกอบ คือ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) ที่ทำงานด้วยหัวใจที่ “ระเบิดจากข้างใน”จนมีความตระหนักและรู้สึกเป็นเจ้าของ 3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development: R) แบบ “พื้มีสองน้องมีหนึ่ง” พึ่งพากันด้วยแรงศรัทธาสามัคคี 4) การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A) จากการปฏิบัติแบบ “ฉันท์พื้หนึ่ง” 5) การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care: E) ร่วมกันดูแลผู้อยู่ในภาวะเปราะบางด้วยความเคารพศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ และ ผลลัพธ์ 1 องค์ประกอบ คือ 6) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) โดยให้ประชาชนร่วมมือปฏิบัติทุกขั้นตอนได้รับรู้ข้อมูลด้วยตนเองจึงเป็น

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: panyay885@gmail.com

<sup>2</sup>ศาสตราจารย์พิเศษ รองอธิการบดี และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Email: vichaitienthavorn@gmail.com

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: Vasuton@buu.ac.th

<sup>4</sup>รองศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี Email: tkasak@hotmail.com

<sup>5</sup>อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: patchana@ buu.ac.th

<sup>6</sup>อาจารย์พิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: tutasasi@gmail.com

<sup>1,3,5,6</sup> Burapha University, ChonBuri, Thailand, <sup>2</sup> University of Phayao, Phayao, Thailand

<sup>4</sup>Thepsatri Rajabhat University, Lop Buri, Thailand



พลังให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง ดังนั้น จึงพบว่า ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ในการจัดการสุขภาพสำหรับประชาชนประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก 28 องค์ประกอบรอง และ 75 ประเด็นสำคัญ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 80.00 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าฐานนิยมระดับ 4) ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) ที่ไม่เกิน 1.00 จึงมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง และปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จอีก 4 องค์ประกอบ คือ 7) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) 8) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย (Communication: C) 9) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกันของภาคีเครือข่าย (Commitment: C) และ 10) วัฒนธรรมความสัมพันธ์แบบเครือญาติ (Culture: C) = CCCC: 4C ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถเขียนสรุปองค์ประกอบรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ดังนี้ DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับนโยบาย ควรสนับสนุนให้นำแนวคิด 4C+U+CARE+C ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามบริบทของพื้นที่ชายแดน และในพื้นที่อำเภอปกติ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นการยกระดับระบบสุขภาพอำเภอต่อไป

**คำสำคัญ:** รูปแบบการพัฒนา, ระบบสุขภาพอำเภอ, ชายแดนไทย-ลาว

### Abstract

This futuristic study aimed to analyze and assess the model for health care system development in districts on the Thai-Laos borders. Field research technique was used. Focus-group discussions were conducted with 60 leaders of the partaking networks. They were key stakeholders from 6 districts, 10 participants in each group. In-depth interviews were conducted with 17 experts from 5 disciplines. The study was carried out from November 1st, 2017 to February 28th, 2018. Content analysis was used to analyze qualitative data. Descriptive statistics was used (percentage, mode, inter-quartile range) to analyze quantitative data.

Results showed that the model for health care system development in the Thai-Laos border districts, implemented according to applying UCCARE, consisted of 6 elements interconnected with one another systematically. They were: 1) unity of district health team (U), 2) customer focus (C), 3) community participation (C), 4) appreciation inquiry (A), 5) resource sharing (R), and 6) essential health service (E). However, due to differences in geographical and sociocultural and several other contexts of Thai-Laos border, it was found that the appropriate health care systems should have 10 key components, 28 sub-components, and 75 important issues. And 80% agreed about its suitability, high level of possibility (mode level 4 and over), and inter-quartile range was less than 1.00. The 4 key components added in the previous model (CCCC: 4 C): captaincy (C), communication (C), Commitment (C), and Culture (C). Therefore, the Appropriate Thai-Laos Border District Health Care System should be as follows: DHS@Thai-Laos' border: 4C+U+CARE+C.

**Keywords:** model of development, district health care system, Thai-Lao Borders

## บทนำ

พื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว ใน 12 จังหวัด เริ่มตั้งแต่จังหวัดเชียงรายจรดจังหวัดอุบลราชธานี มีระยะทางทั้งสิ้น 1,810 กิโลเมตร ซึ่งสามารถเดินทางติดต่อกันไปมาได้สะดวกเนื่องจากมีช่องทางผ่านแดนถาวรทั้งทางบกและทางน้ำมีสะพานมิตรภาพเชื่อมทั้งสองฝั่ง<sup>1</sup> ทั้งมีการลดขั้นตอนระบบการจัดทำเอกสารผ่านแดนโดยไม่ต้องทำวีซ่าสำหรับนักเดินทางในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน<sup>2</sup> ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายประชากรเพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดน<sup>3</sup> ที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี อูจจาระร่วง โรคซาร์ส และไข้หวัดนก และปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่เกิดจากขาดการวางแผนครอบครัว ทำให้มีอัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ<sup>4</sup> เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าหน่วยบริการสาธารณสุขของไทยได้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งชาวไทยและชาวลาวโดยไม่กีดกันเชื้อชาติ ส่วนใหญ่มารับบริการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable diseases :NCD) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น<sup>5</sup> อันมีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่หลากหลาย การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรในพื้นที่ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนได้ให้ความสนใจและกำลังแสวงหาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา<sup>6</sup>

## ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่สำคัญ

จากการศึกษาเรื่องทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<sup>7</sup> โดยการวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว 6 จังหวัดๆ ละ 1 อำเภอ จำแนกเป็นขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ขนาดละ 2 อำเภอ คือ อำเภอที่กระทรวงสาธารณสุขประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) มีผลความสำเร็จอยู่ในระดับสูงที่ทุกองค์ประกอบมีคะแนนประเมินตั้งแต่ 4 ถึง 5 และระดับต่ำคือมีคะแนนตั้งแต่ 3 ลงมา<sup>8</sup> ขนาดละ 1 อำเภอ ด้วยการสัมภาษณ์ความคิดเห็น

ของกลุ่มภาคีสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS:UCCARE)<sup>9</sup> ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่าทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 1) ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอต้องการทำงานแบบพหุภาคีมีหน่วยกลางเชื่อมระบบ 2) ด้านการมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคควรมีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเครือข่ายโดยการปรับแนวคิดการทำงานด้วย “ใจ” 4) ด้านการเห็นคุณค่าการทำงานด้วยการอุทิศเวลา เสียสละ ดูแลคุณภาพ ยกย่องให้เกียรติ เคารพความคิดเห็น เรียนรู้ร่วมกันแบบฉันทน์พี่น้อง 5) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรของไทยมีการจัดสรรให้พอเพียงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม รวมทั้งการแบ่งปันเพื่อสร้างความผูกพันจาก สปป.ลาว และ 6) ด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็นควรจะเริ่มที่การสร้าง “คน” สร้าง “ผู้นำ” เพื่อสร้าง “ระบบสุขภาพชุมชน” ให้เข้มแข็งและยั่งยืน สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น<sup>7</sup>

ซึ่งผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการและอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาการแพทย์และการสาธารณสุข มีความสนใจเรื่องทิศทางและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อนำไปประยุกต์พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ถ่ายทอดความรู้บริการวิชาการแก่สังคม และนำเสนอเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

## กรอบแนวคิดวิจัย

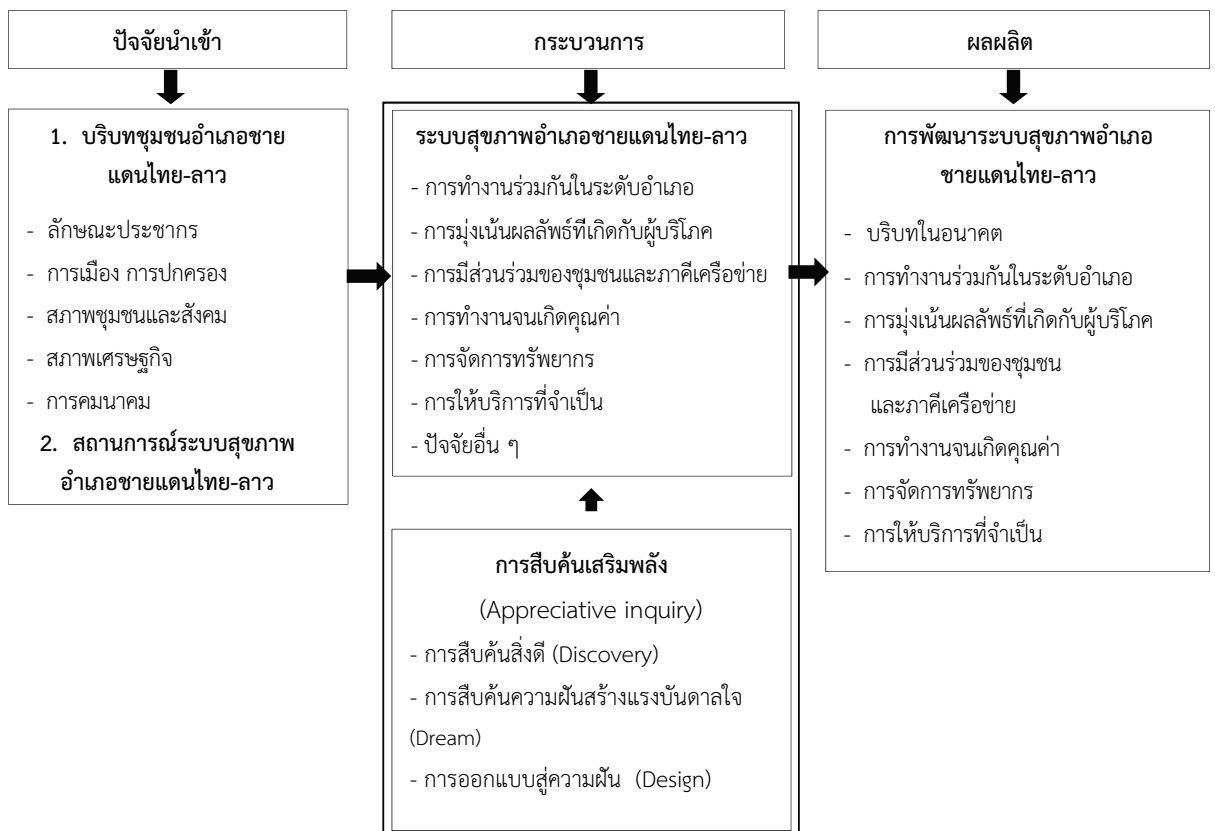
ระบบสุขภาพอำเภอเป็นการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองได้ ด้วยความเอื้ออาทรแบบไม่ทอดทิ้งกัน กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอได้ปรับให้มุ่งเน้นการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรโดยการประเมินแบบเสริมพลัง และการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค ดังนั้นจึงใช้ UCCARE ที่ประยุกต์จากแนวคิดระบบสุขภาพที่พึง

ประสงค์ของ World Health Organization<sup>10</sup> การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของ Ashananuphap<sup>9</sup> และกระบวนการสืบค้นเสริมพลังของ Cooperrider และ Whitney<sup>11</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (ภาพที่ 1) ดังนี้

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)<sup>12</sup> โดยเริ่มจาก 1) การสนทนากลุ่มแบบการสืบค้นเสริมพลัง (Appreciative Inquiry: AI)<sup>11</sup> เพื่อระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key informant) จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นหุ้นส่วนสำคัญในระดับอำเภอ 42 คน (หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน และประชาชนในพื้นที่) และระดับจังหวัด 18 คน (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และประธาน

ชมรม อสม.จังหวัด) จำนวน 6 อำเภอ 6 จังหวัด จาก 12 จังหวัด เป็นอำเภอขนาดใหญ่ 2 อำเภอ (อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอเมืองมุกดาหาร) ขนาดกลาง 2 อำเภอ (อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน) และขนาดเล็ก 2 อำเภอ (อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา และอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก) 2) สัมภาษณ์เชิงลึกความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก 5 สาขา (การศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา การพัฒนานโยบายการแพทย์และการสาธารณสุข การปกครองและความมั่นคง การปกครองท้องถิ่น วิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาเอกชน) จำนวน 17 คน<sup>13</sup> ด้วยแนวคำถามแบบปลายเปิด (Opened question) ที่สร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว:ทิศทางและกระบวนการพัฒนา<sup>7</sup> 3) สังเคราะห์และประเมินความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยแบบสอบถามปลายปิดแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามกรอบการพัฒนาระบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

สุขภาพอำเภอ (DHS:UCCARE)<sup>9</sup> 6 องค์ประกอบ (การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ การให้ความสำคัญสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภครวม การมีส่วนร่วมของชุมชน การชื่นชมคุณค่าการทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน การแบ่งปันทรัพยากร และการบริการดูแลสุขภาพที่จำเป็น) และ 4) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐานโดยหาค่าร้อยละ ฐานนิยม (Mode) มัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของกลุ่มเพื่อทำการจำแนกข้อมูลหาฉันทามติ (Consensus) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

## ผลการวิจัย

ผลการสังเคราะห์และการประเมินรูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยการประเมินความสอดคล้องของความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้นำภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเชี่ยวชาญด้านบริหาร วิชาการ และปฏิบัติการ สามารถนำเสนอรูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ดังนี้

### 1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : รูปแบบการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ซึ่งมีรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) ได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ “การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ” (Unity of district health team: U) ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชน อาสาสมัคร มูลนิธิ สโมสร และภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันดี ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่เน้นการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จึงเห็นว่า “เป็นโอกาส” ในการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งเนื่องจากมีความขาดแคลนทรัพยากรที่เป็นข้อจำกัด เหมือนกัน จึงทำให้ตระหนักและรู้สึกมีความเห็นอกเห็นใจห่วงใยเอื้ออาทรกันและกัน ถึงแม้จะมีพันธกิจที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนก็ต่างก็มุ่งหน้าที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชน ดังนั้น จึงใช้ระบบการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนที่ทุกภาคีเป็นเจ้าของร่วมกันรับผิดชอบดำเนินการดูแล แก้ไข

และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันแบบ (Win-Win Approach) มีความสัมพันธ์ถือเชื่อมโยงกันทั้งแนวดิ่งและแนวนอนเพื่อรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้พร้อมกับสร้างทีมใหม่ทดแทนเพิ่มเติม

1.2 กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1.2.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนงาน 2) มีส่วนร่วมดำเนินการ 3) มีส่วนร่วมประเมินผลและเป็นเจ้าของ ซึ่งชุมชนที่อยู่ห่างไกลตามแนวชายแดนไทย-ลาว นั้น มีศักยภาพและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวในการรักษาความเป็นชุมชนของตนเอง ดังนั้น การมีนโยบายที่เน้นการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอขึ้นโดยบุคคลภายนอกที่ทำหน้าที่เป็นตาคง จัดกระบวนการเพื่อเอื้ออำนวย กระตุ้น ส่งเสริม เต็มพลัง เป็นการสร้างโอกาสให้คนในพื้นที่เป็นตาคง<sup>14</sup> มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ชุมชนได้แสดงบทบาทการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขด้วยตนเองจนเกิดการระเบิดจากข้างใน มีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ทำงานด้วยหัวใจของทุกคนเหมือนกระแสน้ำไหลไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะทรงพลังและประสบความสำเร็จ โดยมีผู้นำเป็นแบบอย่างในการนำทำความดีที่คาดหวังให้คนในชุมชนที่รู้ข้อมูลและปัญหาของตนเองแสดงบทบาทเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการสร้างและยกระดับให้ตระหนักถึงคุณค่าตนเองและเป็นที่ยอมรับว่าชุมชนมีศักยภาพที่สามารถร่วมทำงานกับภาครัฐได้อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก “ฉันทำเอง ฉันตรวจสอบและประเมินเอง ดีหรือไม่ ฉันรับผลเอง”<sup>15</sup> (ผู้นำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เพศชาย, 7 มกราคม 2561)

1.2.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) โดยผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) ในเขตปกครองอำเภอแบบบูรณาการภายใต้แนวคิดการทำงานเพื่อสร้างศรัทธาให้ประชาชนประทับใจในการบริการ ของรัฐ และจัดการวางแผนแบ่งปันทรัพยากรแบบ ที่มีสอง น่องมีหนึ่ง ใครมีอะไรก็นำมาช่วยเหลือกันคำว่า ทรัพยากรที่ถือว่าเป็นทุนการ

ดำเนินงานทางสังคมนั้นมีความหมายมากกว่า คน เงิน สิ่งของ หากเริ่มที่การทำงานแบบใจถึงใจอย่างคนมีหัวใจความเป็นมนุษย์ ก็สามารถเข้าไปนั่งในใจประชาชนได้ ดังที่ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 30 ปี กล่าวว่า

*“เรื่องเงินเป็นเรื่อง ใจต้องมาก่อน ถ้าเราเข้าไปนั่งในใจเขาได้ก็จะได้ทุกอย่าง เพราะว่า สิ่งที่ให้ คือ สิ่งที่ได้”<sup>16</sup>*

และมีการระดมทุนจากภาคเอกชนเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอได้แบบเบ็ดเสร็จ รวมทั้งมีการจัดทำศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและจัดงานเพื่อเชิดชูเกียรติคุณ แสดงความขอบคุณผู้มีศรัทธาบริจาคร่วมระดมเงินทุนเพื่อให้สาธารณสุขรับทราบ และมีการส่งเสริมการศึกษาดูแลสุขภาพระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อยกระดับการพัฒนาให้สูงขึ้นเท่าเทียมกัน

1.2.3 การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ 2) วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน 3) การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติในพื้นที่ เป็นกระบวนการแบบขึ้นบันไดเวียน คือ ทำไป พูดไป คิดทบทวนไป ให้ความสำคัญกับการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR) และสรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR) เพื่อให้ได้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ชุมชนเชื่อถือศรัทธาสามารถสื่อสารสร้างแรงบันดาลใจให้คนในชุมชนฟังแล้วเข้าใจ เกิดความเชื่อและชวนให้เกิดการปฏิบัตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพได้ดี ภายใต้การเคารพศักดิ์ศรีในคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นพื้นฐานความคิดของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เชื่อว่าทุกคนมีสิทธิ์เสมอภาคและสามารถเรียนรู้ได้จากวิธีการปฏิบัติจากข้อมูลปัญหาจริงในชุมชน ซึ่งจัดสำหรับคนทุกกลุ่มวัยทั้งในระบบและนอกระบบให้มีบรรยากาศแบบฉันทน์พี่น้อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความรักในชุมชนท้องถิ่นของเขา สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันด้วยการเริ่มที่การสร้างคนอันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการพัฒนาทุกๆ ด้าน เป็นกลไกที่จะธำรงรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคมด้านอื่นๆ เพื่อนำมาเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพอีกด้วย และการที่มีคนมาร่วมทำงานด้วยจิตอาสาโดย

ไม่หวังสิ่งตอบแทนอื่นใด จึงนับว่าเป็นความดีงามที่สังคมอยากเห็นในโลกยุคปัจจุบัน

1.2.4 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential Health care: E) ภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/สมอง/หลอดเลือด) ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้ ซึ่งเป็นผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง เป็นประเด็นร่วมที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ประกาศเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยติดเตียงที่อาจเกิดภาวะฉุฉุนและตายหากช่วยเหลือไม่ทัน ที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังขาดระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และการปรับแนวคิดสุขภาพดีเริ่มที่ตัวเราเพื่อสร้างให้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเกิดแนวคิดใหม่ว่า สุขภาพดีต้องมีกัลยาณมิตรร่วมคิดร่วมสร้าง เป็นการสร้างโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพโดยการลงมือทำด้วยตนเองซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนครอบคลุมทุกมิติ อันจะนำไปสู่การมีสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ดังที่ผู้นำเครือข่ายสาขาสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 47 ปี) กล่าวว่า

*“ต่างจากเมื่อก่อนที่มีแต่ทีมสาธารณสุขกับ อสม... พอมีภาคส่วนอื่นมาร่วมทีมด้วยทำให้ได้เพื่อนร่วมงานเพิ่มขึ้น สามารถดูแลประชาชนได้มากกว่าการเจ็บป่วย รวมไปถึงอาชีพรายได้ ที่อยู่อาศัย..”<sup>17</sup>*

และผู้แทนผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองส่วนท้องถิ่น (เพศชาย อายุ 50 ปี) กล่าวว่า

*“ท่านนายกฯ จะเน้นเรื่องสุขภาพและการศึกษา ตั้งแต่วัยเด็กและทุกกลุ่มวัย เวลาลงไปเยี่ยมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกหลานไปทำงานนอกบ้าน จะมีทีมไปช่วยดูแลอาบน้ำ ปะแป้ง อาหารการกิน ความสะอาด ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม..”<sup>18</sup>*

### 1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result)

1.3.1 ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมเป็น

คณะกรรมการเข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอปัญหาความต้องการ การจัดทำแผนเพื่อหาแนวทางพัฒนา การร่วมดำเนินการ การตรวจสอบประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพ ที่ทำให้ ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลโดยตรงจนเกิดความตระหนักรู้สึกห่วงใย เป็นเจ้าของระบบสุขภาพในชุมชนของตนเอง นำไปสู่การเข้า มามีส่วนร่วมแบบไม่บังคับตาย โดยภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ อัญเชิญหลักการทรงงาน ระเบิดจากข้างใน ของในหลวงรัชกาล ที่ 9 มาใช้เป็นแนวปฏิบัติ<sup>19</sup> ซึ่งสอดคล้องกับหลักพุทธวิธีการ แก้ปัญหาแบบอริยสัจ 4 โดยให้คนในชุมชนรู้จัก และเหตุแห่ง ทุกข์ รุ้ทุน คือ ทรัพย์ากรที่เป็นกำลังความสามารถของตนเอง ก่อน แล้วเขาจะรู้ทาง คือ วิธีการปฏิบัติที่ทำให้ได้พบแสงสว่าง ความสำเร็จด้วยตาใน หรือปัญญาของตนเอง โดยกระบวนการ สื่อสารที่ผู้ส่งสาร (Sender) นำสาร (Message) ไปยังผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านช่องทาง (Chanel) ที่เหมาะสมอย่างมี ประสิทธิภาพ<sup>20</sup> ทำให้ข้อมูลมีพลังอำนาจจากพลังข้อมูลกลายเป็นพลังความเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การมีช่องทางการรับรู้ของ ประชาชนโดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนจึงเป็นวิธีการสะท้อนข้อมูล กลับแบบการสื่อสารสองทางที่สร้างให้เกิดการใช้ข้อมูลเป็น พลังผลักดันให้ประชาชนตัดสินใจในการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จริงจังด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนผู้บริโภคเป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพและเป็นผู้รับผลประโยชน์ ความสำเร็จจากการดำเนินงานจึงเป็นทั้งระดับผลผลิต (Out put) และผลลัพธ์ (Out come)

1.3.2 ผลกระทบ (Impact) จากการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่งผลให้ประชาชนและสังคม โดยรวมเกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเข้มแข็ง และจริงจัง สร้างให้ชุมชนเกิดความรักผูกพัน (Community engagement) ตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกัน เอาใจใส่ แบบเป็นเจ้าของและให้ความสำคัญต่อระบบสุขภาพอำเภอใน พื้นที่ของตนเอง รวมทั้งมีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย อย่างเป็นระบบ (Health networking system) อันจะส่งผล ให้เกิดภาคีเครือข่ายร่วมกันสร้างสังคมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ต่อไป (Health For All-All For Health)

## 2. ปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จ

จากการประเมินความสอดคล้องในความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts judgment) และของผู้นำ ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า นอกจาก 6

องค์ประกอบเดิม ที่มีความสำคัญและจำเป็นซึ่งได้ประยุกต์ ปรับปรุงรายละเอียดดังกล่าวแล้วนั้น ยังมีข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย- ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น อีก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

**2.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C)** ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

2.1.1 การนำองค์กรและการจัดการตามหลัก ธรรมาภิบาลของผู้นำ (Leadership & Governance) ผู้นำภาคี เครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์ ที่มีภาวะผู้นำ สามารถนำองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายให้เกิด ประสิทธิภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เท่าเทียมเป็นธรรม และมีคุณสมบัติอีกหลายๆ ด้าน ดังที่ผู้นำภาคีเครือข่ายสาขา การปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 47 ปี) ให้สัมภาษณ์ ไว้ว่า

“ผู้นำต้องมีแรงจูงใจส่วนตัวและมีความรู้อย่างน้อย 5 ศาสตร์ ที่อยู่ในตัวตน คือ 1) การวางแผนยุทธศาสตร์ 2) จิตวิทยาบุคคล 3) วิชาการและการวิจัย 4) การบริหารจัดการ องค์กร และ 5) การสื่อสารและการถ่ายทอดด้วยการพูดและ การเขียนข่าว บทความ หนังสือ...”<sup>21</sup>

และผู้นำภาคีเครือข่ายสาขาการปกครองและความ มั่นคง (เพศชาย อายุ 44 ปี) กล่าวว่า

“ขอให้ทำงานเชิงรุก พูดคุยกันบ่อยๆ คุยกันเรื่อง สุขภาพ จะได้เรื่องความคิดเห็นและการปฏิบัติบำรุงขวัญกำลังใจ นายอำเภอทำเป็นตัวอย่าง ทำให้เห็น พูดแล้วต้องทำ ยิ้มแย้มแจ่มใส...”<sup>22</sup>

2.1.2 ความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration)

1) ผู้นำมีความสามารถในการปรับแนวคิด การทำงาน สร้างแรงบันดาลใจ เห็นวนำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างทรงพลัง เหมือนกระแสน้ำ ดังคำพูดของผู้นำเครือข่าย สาขารปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 47 ปี) ว่า

“เราต่างกันเพียงหน้าที่ แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ การดูแลประชาชนคนเดียวกัน ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันหลาย ฝ่าย..จึงต้องทำไปพร้อมๆ กัน เหมือนกระแสน้ำที่ไหลไปทิศทาง เดียวกัน แล้วจะมีพลังและพบความสำเร็จ...”<sup>21</sup>

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองและความมั่นคง

(เพศชาย อายุ 44 ปี) กล่าวว่า

“..วิธีการทำงานของผู้นำทำให้เกิดผลทางจิตวิทยา ผมไม่ค่อยอยู่ห้องทำงาน นื่องๆ รพสต.เห็นเราพาหัวหน้าส่วนราชการเข้าไปหาชาวบ้าน..เขาก็ดีใจที่ผู้นำเบิกทางให้.”<sup>22</sup>

2) ผู้นำมีวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานสามารถกระตุ้นให้ทีมมีพลังทำงานร่วมกัน ตั้งผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองและความมั่นคง (เพศชาย อายุ 59 ปี) กล่าวว่า

“การทำงานก็เหมือนผมเป็นพระเอกลิเก เป็นตัวร้าย ตัวโกงก็ได้ พระเอกก็ได้ เวลาเขามาทำงานก็ชื่นชมให้กำลังใจ โอ้โฮ...ผู้ใหญ่ขยันจังเลย คำพูดแค่นี้คนเดียว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ขยันกันใหญ่เลย.. เนี่ย! ผมเอากระทิงแดงมาช่วย 2 โหล พอมั้ย ไม่พอเดี๋ยวให้ท่านนายกเขาช่วย มันก็จะเป็นท้องถิ่นท้องถิ่นที่มาช่วยกัน...”<sup>23</sup>

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เพศชาย อายุ 53 ปี) กล่าวว่า

“สิ่งแรกต้องเปลี่ยนระบบความคิดในการทำงานโดยการจัดบริการที่พึงพอใจให้ชาวบ้าน.. ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้.. ผู้นำต้องทำเป็นตัวอย่าง.. ต้องรู้ว่าบริการอย่างไรจะเกิดความประทับใจ.. เราทำด้วยใจ เราก็ได้น้ำใจจากประชาชน...”<sup>24</sup>

2.1.3 การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanity) การทำงานมวลชนเพื่อให้เกิดความสุขแก่สาธารณชนแบบจิตอาสา หรือทำงานด้วยจิตอาสา นั้น ผู้ทำงานล้วนเป็นผู้ที่มีจิตใจสูง มีคุณธรรม เมตตา กรุณา อุทิศตน เสียสละ ทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา หรือแม้กระทั่งกำลังทรัพย์ที่พึงแบ่งปันได้ โดยมีเป้าหมายแบบไม่เลือกเพศ ผิวพรรณ ชนชั้นวรรณะ ดังคำกล่าวของผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 48 ปี) ว่า

“การทำงานทางด้านสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้ดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ที่ขาดการเหลียวแล เป็นการไปให้กำลังใจผู้ป่วย.. พอเห็นว่ามีคนนึกถึงไปเยี่ยมก็ดีใจ..รู้สึกน้ำตาไหลเลย มันเป็นความภาคภูมิใจที่อย่างน้อยเราได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่เขาคาดโอกาส แม้แค่คนเดียวก็จะเป็นความภูมิใจ...”<sup>25</sup>

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เพศหญิง อายุ 47 ปี) กล่าวว่า

“ภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นลูกสาธารณสุข มีโอกาสได้ดูแล

ประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย.. ได้ทำโครงการดูแล คนแก่ คนเจ็บ คนป่วย เป็นการช่วยเหลือเขาให้ได้อยู่ในสังคมที่มีสุข และสุดท้ายเราก็ยังได้ไปส่งสะพานให้ผู้ป่วยก่อนสิ้นลม เพื่อส่งให้เขาขึ้นสวรรค์ นี่เป็นความเชื่อแบบบ้านเฮานะคะ .”<sup>26</sup>

พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพ (เพศหญิง อายุ 46 ปี) กล่าวว่า

“มันเป็นเรื่องของหัวใจ หัวใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มันเป็นเรื่องของมวลชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ยกตัวอย่าง มีผู้ยากไร้เป็นผู้ป่วยติดเตียง เราก็มองเป็นเรื่องสุขภาพด้วย.. บ้านก็ไม่มีจะอยู่ ก็จะมีชีวิตและสุขอนามัยที่ดีได้อย่างไร”<sup>27</sup>

## 2.2 การสื่อสาร (Communication: C)

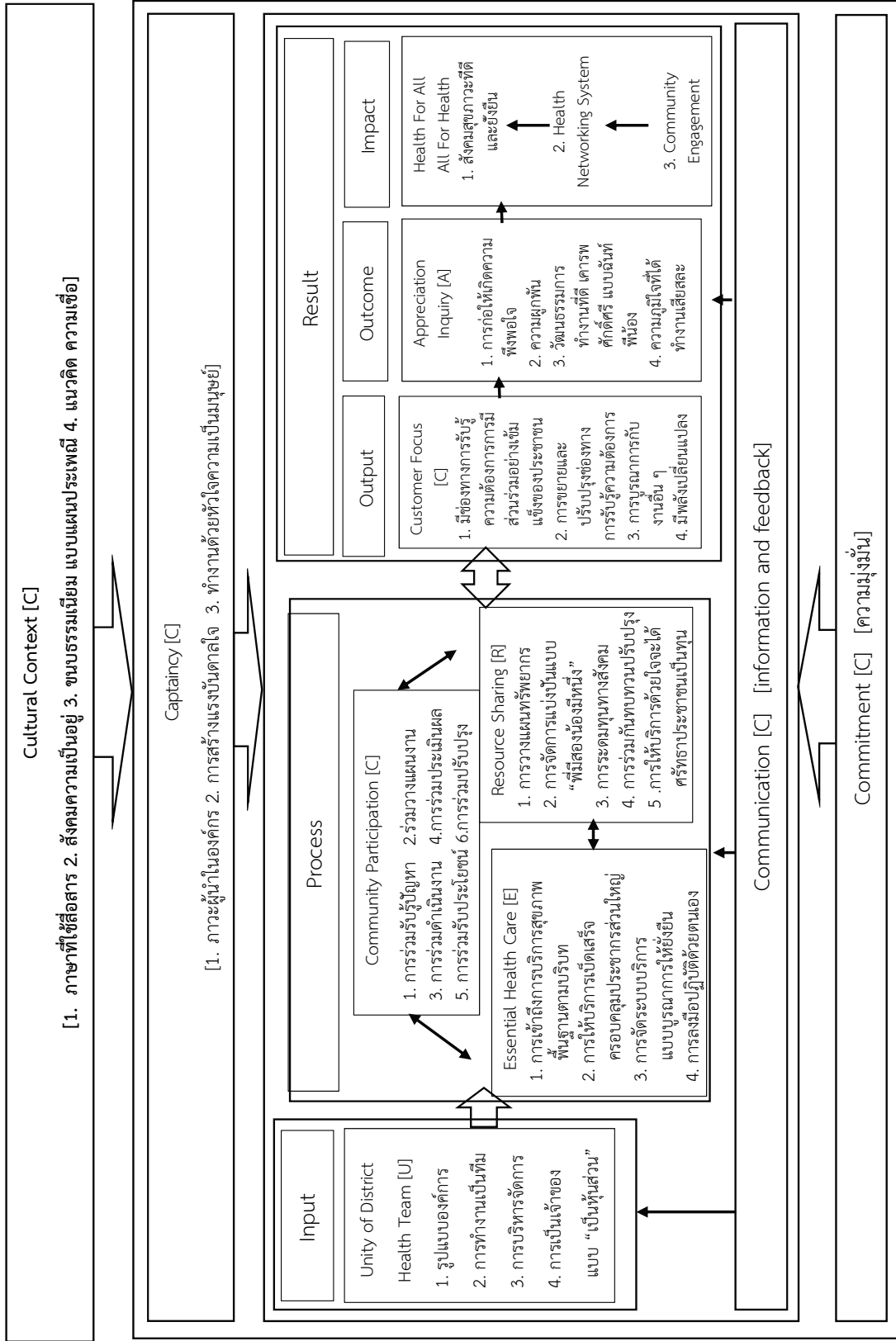
การสื่อสารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ<sup>20</sup> เริ่มด้วยผู้ส่งสาร (Sender: S) ที่มีทักษะสามารถส่งสาร (Message: M) ถ่ายทอดออกไปด้วยวิธีการหรือมีช่องทาง (Chanel: C) ที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้รับสาร (Receiver: R) ทำให้รับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสาร (Information) ที่ส่งออกไป และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) ข้อเสนอแนะที่ผู้รับสารแจ้งกลับมาเพื่อเติมเต็มส่วนขาดหรือเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## 2.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C)

องค์ประกอบสำคัญต่อมา คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้สร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญา และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นร่วมกันอย่างเข้มแข็ง

## 2.4 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C)

การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นนั้นๆ จึงจะเกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้นำเครือข่ายสาธารณสุข (เพศชาย อายุ 51 ปี) ที่กล่าวว่า



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C)



“แม้มีหลากหลายชาติพันธุ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเพดั้งเดิม เป็นญาติพี่น้อง หรือไม่ก็อยู่ยาวนานจนรู้สึกเป็นญาติพี่น้องไปแล้ว.. ส่วนประเด็นที่รวมใจของชาวเมือง น่าจะเป็นแม่น้ำโขงหรือ น้ำของ มันเป็นตัวกำเนิดและมีเรื่องเล่าต่างๆ มากมาย วัฒนธรรมลุ่มน้ำโขงจึงเป็นจุดรวมใจให้คนร่วมมือกันรักกันแบบที่แบบน้อง”<sup>28</sup>

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศชาย อายุ 45 ปี) กล่าวว่า

“ประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของเรา คือ ประเพณีบุญผะเหวด หรือเทศน์มหาชาติ ที่เทศบาลเป็นเจ้าภาพจัดขึ้นราวกลางเดือน 4 ของทุกปี มีพี่น้องตำบลหมู่บ้านต่างๆ ทั้งอำเภอมาร่วมทำบุญโดยรับเป็นเจ้าภาพถวายภัตตาหารทั้ง 13 กัณฑ์ ใครมีอะไรก็นำมารวมกันที่วัด..”<sup>29</sup>

ผู้นำเครือข่ายสาขาการปกครองท้องถิ่น (เพศหญิง อายุ 40 ปี)

“ถ้าพูดถึงชาติพันธุ์ของเมืองมุกมีชาวพื้นเมืองถึง 8 เผ่า แข็งแรงที่สุดคือ ภูไท กะเลิง อีสาน ข่า ย้อ มีความเข้มแข็งของจารีตประเพณี ส่วนคนเวียงคานามที่มาอยู่บ้านเราเรียกว่าไทใหม่ พูดถึงวัฒนธรรมเมืองมุกดาหารตอนนี้ เรียกว่า เมือง 3 ธรรม คือเมืองธรรมะ เมืองธรรมชาติ และเมืองวัฒนธรรมชนเผ่า.”<sup>25</sup>

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ตามรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) ตามกรอบ UCCARE 6 องค์ประกอบเดิม (ดังได้กล่าวในข้อ 1) และการมีปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นอีก 4 องค์ประกอบ (ดังได้กล่าวในข้อ 2) สามารถเขียนเป็นรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (DHS@Thai-Laos' border : 4C+U+CARE+C) ดังภาพที่ 2

## อภิปรายผลการวิจัย

การสังเคราะห์และประเมินรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถนำมาอภิปรายผลถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

**1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว**

**1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input)** ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team: U) ซึ่งภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันอยู่แล้วเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อระดับนโยบายได้ออกระเบียบกฎหมายสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอขึ้น<sup>30</sup> อำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จึงเห็นว่าเป็นโอกาสที่จะได้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นทางการ (ที่มีระเบียบรองรับ) และเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน<sup>31</sup> โดยใช้แนวคิด UCARE ที่พบว่า ทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอมีความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการและประสานการดำเนินงานร่วมกัน ด้วยความห่วงใยเอื้ออาทรกัน โดยมี ประชาชน เป็นเป้าหมายเดียวกัน รับผิดชอบดำเนินการดูแล แก้ไข และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันแบบ (Win-Win Approach) สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์นายแพทย์สันติ ลากเบญจกุล ของสุภัทรา ศรีวิณิชชากร<sup>32</sup> บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า เริ่มด้วยใจ ขับเคลื่อนเครือข่ายเป็นพวง..ทุกอย่างก้าวถ้าสามารถประสานกลายเป็นพวงช่วยกันทำ และมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันก็จะเกิดพลังมหาศาล

**1.2 กระบวนการ (Process)** ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

**1.2.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน** (Community participation: C) เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมการทำงาน “ด้วยหัวใจ” ของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่สร้างให้ประชาชนมีความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” และมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพของตนเองจนเกิดการระเบิดจากข้างใน สอดคล้องกับปาฐกถาตอนหนึ่งของสุเมธ ตันติเวชกุล<sup>19</sup> เรื่อง ระเบิดจากข้างใน หัวใจแห่งการพัฒนา แนวคิดนี้ตรงกับหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 พระองค์ทรงมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาค้น ทรงรับสั่งว่า “ต้องระเบิดจากข้างใน นั้นหมายความว่า ต้องสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชนที่เราเข้าไปพัฒนาให้มีสภาพพร้อมที่จะรับการพัฒนาลูกก่อน แล้วจึงค่อยออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญหรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชน หมู่บ้านที่ยังไม่ทันได้

มีโอกาสเตรียมตัวหรือตั้งตัว" โดยการสร้างความตระหนักถึงคุณค่าตนเองและยอมรับว่า ชุมชนมีศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสุรชัย รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์<sup>33</sup> พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้มาเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีการร่วมปฏิบัติจริงในพื้นที่ 2) การสร้างการพัฒนาเครือข่ายและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ และ 3) การติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

**1.2.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing : R)** โดยผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้แนวคิดหลักการทำงานเพื่อสร้างศรัทธาในการจัดการวางแผนแบ่งปันทรัพยากรแบบพหุมีสอง..น้องมีหนึ่ง และทำงานแบบใจ ถึง ใจ อย่างคนมีหัวใจความเป็นมนุษย์ แล้วจะพบว่าสิ่งที่ได้ คือ สิ่งที่ได้ ส่วนทรัพยากรที่ได้จากการระดมทุนของภาคเอกชนนั้น ภาคีสุขภาพฝ่ายอำนวยการได้จัดทำศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและมีการจัดงานเพื่อเชิดชูเกียรติคุณ ตอบแทนผู้มีศรัทธาและเสียสละให้สาธารณชนรับทราบ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน<sup>31</sup> โดยใช้แนวคิด UCARE พบว่า การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ควรมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อขวัญกำลังใจเกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิยิ่งขึ้น

**1.2.3 การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation inquiry: A)** การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ให้ความสำคัญกับการเตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR) และสรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ภายใต้การเคารพศักดิ์ศรีในคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นแนวคิดพื้นฐานและบรรยากาศแบบฉันทน์พี่น้อง สร้างให้เกิดความผูกพันและวัฒนธรรมการทำงานที่มี คน เป็น ทูทางสังคม ที่ใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาทุกๆ ด้าน และรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคม

ด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ<sup>34</sup> ที่ศึกษาเชิงคุณภาพของระบบสุขภาพอำเภอพื้นที่เขตเมือง 8 จังหวัด เรื่องการพัฒนาบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่าปัจจัยของความสำเร็จเกิดจากทุนทางสังคมที่มีมาก่อน ได้แก่ ทุนทางความเชื่อทางศาสนาวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับการช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน ความเป็นญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรู้สึภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นหนึ่งในเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งและรู้สึกเป็นทีมที่เป็นหนึ่งเดียวที่ต้องการเดินไปพร้อมๆ กัน

#### 1.2.4 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care:E)

ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่ได้ประกาศเรื่อง ภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/สมอง/หลอดเลือด) ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้เป็นประเด็นร่วมที่ต้องดำเนินการเป็นวาระเร่งด่วน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและตายที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นายแพทย์นภดล เสรีรัตน์ ที่สุพัตรา ศรีวิมลชากร<sup>32</sup> สัมภาษณ์บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า "ถามว่าทำไมการทำงานต้องเริ่มจากกระบวนการเยี่ยมบ้าน คิดว่าการดูแลคนทั้งชีวิต เราไม่สามารถมองเห็นปัญหาเหล่านั้นได้บนโรงพยาบาล นอกจากต้องเข้าไปในชีวิตของเขาจริงๆ" (นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/เพศชาย 14 ธันวาคม 2554) ซึ่งปัจจุบันพบว่า หากมีระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จะเป็นการสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนได้ครอบคลุมทุกมิติและเกิดสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับวิชัย เทียนถาวร<sup>35</sup> ที่วิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การศึกษาการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง : ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สื่อสัญลักษณ์ ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี พบว่าเป็นการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับตำบลใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สีที่นำมาใช้เป็นสัญลักษณ์มีความคุ้นเคยกับการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งสามารถแบ่งระดับ

ความรุนแรงได้จากการมองเห็น ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเข้าใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความตระหนักและใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น

**1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result)** มี 3 ระดับ ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การดำเนินงานระบบสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ทำให้เกิดความตระหนักและรู้สึกห่วงใยเป็นเจ้าของระบบสุขภาพในชุมชนของตนเอง นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังสอดคล้องกับชดาภร ศิริคุณ และวุฒิมงคล ภัคติกุล<sup>36</sup> ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ 1) การเสริมสร้างการรับรู้ (perception) เกี่ยวกับนโยบาย รับรู้ต่อปัญหาสังคม (perception of social problem) 2) การกระตุนการตอบสนอง (responsiveness) ซึ่งกระบวนการสื่อสารของผู้นำสารไปยังผู้รับสารด้วยช่องทางที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ข้อมูลข่าวสารกลายเป็นพลังความเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการเร่งรัดปฏิบัติตามนโยบาย หรือตอบสนองต่อการแก้ไข ปัญหาของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิชัย เทียนถาวร<sup>21</sup> เรื่องการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้ส่งสารมีทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้ผู้รับสารมีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้การถ่ายทอดสื่อถึงตัวผู้รับ มีความเข้าใจนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และที่สำคัญต้องเป็นการสื่อสารแบบสองทางและมีการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกขั้นตอน จึงจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ จึงเป็นทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ส่วนระดับผลกระทบ (Impact) นั้น จากการจัดการระบบสุขภาพร่วมกันของภาควิชาเครือข่าย สร้างให้เกิดความรักและผูกพันในชุมชน (Community engagement) รู้สึกเป็นเจ้าของห่วงหาอาใจใฝ่อย่างจริงจัง เกิดการทำงานเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ (Health Networking System) อันจะส่งผลให้เกิดการสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

## 2. ปัจจัยเสริมสู่ความสำเร็จ

ข้อค้นพบเพิ่มเติมอีก 4 องค์ประกอบ ที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ดังนี้

### 2.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C)

ด้วยการนำองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Leadership & governance) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ ผู้นำภาควิชาเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 1) ควรเป็นนักยุทธศาสตร์ที่มีภาวะผู้นำและบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (leadership & governance) 2) สามารถสร้างแรงบันดาลใจ (inspiration) เหนียวนำให้คณะกรรมการภาควิชาเครือข่ายและทีมงานเกิดการทำงานร่วมกันอย่างทรงพลัง และ 3) มีการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanity) คือ การทำงานแบบให้เกียรติ และเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน

**2.2 การสื่อสาร (Communication: C)** เป็นหัวใจสำคัญที่จะผลักดันให้งานทั้งระบบขับเคลื่อนไปได้ เพราะการสื่อสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสารที่ส่งออกไป (Information) และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) เพื่อข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเต็มส่วนขาดหรือปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

### 2.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C)

ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทยลาว มีความหลากหลายทั้งรัฐ เอกชน ประชาชน และธุรกิจสุขภาพ การบริหารจัดการ การแลกเปลี่ยนรวมทั้งการแบ่งปันทรัพยากร ตลอดจนภารกิจจึงต้องสร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญาร่วมกัน และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกัน

### 2.4 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C)

การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ตามความเชื่อค่านิยมประเพณีของชุมชนท้องถิ่นที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพ

## สรุปผล

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นกระบวนการเชิงระบบตามกรอบ 4C+U+CARE+C 10 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเข้มแข็ง (Unity of District Health Team:U) เป็นปัจจัยนำเข้า 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) 3) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) 4) การชื่นชมการทำงานและการเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciation Inquiry: A) 5) การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential Health care: E) เป็นกระบวนการ 6) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) เป็นผลสัมฤทธิ์ (Result) ที่มีทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) และหากดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องจะเกิดความรักความผูกพันของชุมชน (Community engagement) และการทำงานของเครือข่ายสุขภาพที่เป็นระบบ (Health networking system) ส่งผลให้เกิดผลกระทบ (Impact) ต่อระบบการพัฒนาชุมชน

ท้องถิ่น สู่การสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (Health For All, All For Health) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ระเบิดจากข้างใน ที่ปัจจุบันได้ขยายไปทุกพื้นที่ซึ่งทุกอำเภอก็ดำเนินการเหมือนกัน แต่ในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว แม้ต่างขนาดกันก็มีปัจจัยเสริมให้เกิดความสำเร็จอีก 4 ส่วน คือ 7) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) คือ ภาวะการนำองค์กรของหัวหน้าทีมที่บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล มีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 8) การสื่อสาร (Communication) ที่มีระบบครบวงจรและมีประสิทธิภาพ 9) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกัน (Commitment: C) ของภาคีเครือข่ายที่มุ่งทำงานเพื่อชุมชนท้องถิ่น และ 10) บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ที่อำเภอชายแดนไทย-ลาวมีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพในวัฒนธรรมแบบพี่น้อง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลเป็นประโยชน์ต่อสังคมประเทศชาติโดยรวมต่อไป

## References

1. Bureau of Trade and Investment Cooperation. Border crossing in the Thai-Laos border. Bangkok: Department of Foreign Trade Ministry of Commerce; 2013. (in Thai).
2. Manachareon P. Study and development of public health cooperation in the Eastern region for solving public health problems. Bangkok: Diplomatic Management Program, Class 6, 2014, Institute of Foreign Affairs, Devawongworaphot Ministry of Foreign Affairs; 2014. (in Thai).
3. Office of Policy and Strategy. National Health Development Plan No. 11 (2012-2016). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012. (in Thai).
4. International Cooperation Agency. Guidelines for border health operations Supports the entry into the ASEAN community. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
5. Office of the Thai Health Security Research and Development Institute, Health Systems Research Institute. The use of health services for Lao patients in Thailand: a case study of the impact on Thai public hospitals; 2012. (in Thai).
6. Yongying P, Tienthavorn V, Tanvatanakul V, Tekhanmak K, Chaoniyom V. Districts Health Systems on the Thailand-Laos Border: Situations and Major Problematic Conditions. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health.2017;40(2\_03):28-40. (in Thai).

7. Yongying P, Tienthavorn V, Tanvatanakul V, Tekhanmak K, Jaidee P, Chaoniyom V. The direction and developing process of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1-1):175-86. (in Thai).
8. Community Health System Research and Development Institute. Evaluation guidelines for developing DHS. Community Health Research and Development Institute Foundation; 2014. (in Thai).
9. Ashananuphap S. District Health System: DHS: Experience the difference. Nonthaburi: Sahamitprinting & Publishing Company; 2014. (in Thai).
10. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
11. Cooperrider DL, Whitney DA. positive revolution in change: Appreciative inquiry. Available from <https://www.researchgate.net/publication/237404587>; 2005.
12. Jensen C. Delphi in Depth: Power Techniques from the Experts Berkeley. Singapore: n.p.; 1996.
13. Kitpridaborisuththi B. Social sciences research methodology. Bangkok: Chamchuri Product printing; 2011. (in Thai).
14. Rattanasajjadharm K, Yamkasikorn M, Thanvatakul V, Suptapan V, et al. Research report on status and strategies for promoting and supporting local wisdom concerning economic self-reliance in the eastern region of Thailand. Nonthaburi: Office of the National Research Council of Thailand; 2003. (in Thai).
15. Health Network Leader, Male Health Volunteer Branch, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
16. Health Network Leader branch of public health, female, 30, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
17. Health Network Leader branch of public health, male, 47, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
18. Health Network Leader branch of locally government, male,34, (interviewed on January 28, 2018). (in Thai).
19. Tantiwetchakul S. Blow from inside Heart of development In His Majesty King Rama 9. Available from <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9590000115284>. 2016. (in Thai).
20. Berlo DK. The process of communication. New York: The Free Press;1960.
21. Health Network Leader branch of government and security, male, 47, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
22. Health Network Leader branch of government and security, male, 44, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
23. Health Network Leader branch of government and security, male, 59, (interviewed on January 9, 2018). (in Thai).

24. Health Network Leader branch of sub-district health service, male, 53, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
25. Health Network Leader branch of locally government, female,40, (interviewed on January 17, 2018). (in Thai).
26. Health Network Leader branch of sub-district health service, female, 47, (interviewed on January 17, 2018). (in Thai).
27. Health Network Leader branch of district health service, female, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
28. Health Network Leader branch of public health, male, 51, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).
29. Health Network Leader branch of locally government, female,45, (interviewed on January 9, 2018). (in Thai).
30. Government Gazette. Office of the Prime Minister's Regulation on the Development of Quality of Life at the Area Level, 2018. (135), Special Episode 54 D; March 9, 2018. (in Thai).
31. Mangchit P. Kanato M. Kittima. Study of guidelines for the development of District health networks. Journal of Faculty of Education Khon Kaen University; 2013. (in Thai).
32. Srivanichakorn S. Hospital and community health system drive. Bangkok: Office of Health Promotion Foundation, Community Health System Research and Development Office, ASEAN Health Development Institute Mahidol University, PA Living Company Limited; 2011. (in Thai).
33. Rujiwankul S, Leethongdee S, Suwanpan A. Develop a district health system management model with participatory learning of local networks: a case study of Khun Han District, Sisaket Province. Journal of Graduate School, Pitchayarat, Ubon Ratchathani Rajabhat University 2015;10(2):117-25. (in Thai).
34. Sosom B, Phrakotphon P, Suvannakha Y, Chaiyarit A, Sithan S, Soisisawat M, Chantapong S. Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill patients. Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).
35. Thienthavorn V. Communication for driving public policy, surveillance, prevention and control Diabetes, high blood pressure Case study in Sing Buri province. Bangkok: Ph.D. Dissertation Program (Political Communication) College of Political Communication Krirk University; 2015. (in Thai).
36. Sirikun C, Phakdeekul W. Assessing opinions on the development of district health service network (DHS) in Sakon Nakhon province. Journal of Community Health Development Khon Kaen University 2014;2(1):1-11. (in Thai).

## บทความวิจัย

## ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Effect of Health Literacy Development Program and 3E Health Behaviors  
based on Local Wisdom among Nursing Students in Praboromarajchanok Institute  
for Health Workforce Development, Ministry of Public Health

Received: Dec 21, 2018  
Revised: Jan 14, 2019  
Accepted: Feb 18, 2019

พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ ศศ.ม. (Payao Phongsakchat, M.A.)<sup>1</sup>  
ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ ค.ด. (Sornnate Areesophonpichet, Ph.D.)<sup>2</sup>  
รุ่งระวี นาวีเจริญ พย.ด. (Rungrawee Navichareern, Ph.D.)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 72 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .92 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ และ 2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, นักศึกษาพยาบาล

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจาก “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช”

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail : payao2507@hotmail.com

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail : Sornnate@gmail.com

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail : nrungrawee@yahoo.com

## Abstract

The quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of health literacy program and 3-E health behaviors based on local wisdom among nursing students. The participants consisted of 72 freshy-nursing students during academic year 2018 of Boromarajonani College of Nursing, Sara buri and Boromarajonani College of Nursing, Pra Buddhabart. They were assigned into experimental and control groups. Each group consisted of 36 students. The experimental instrument was the program of health literacy and 3E health behaviors development using local wisdoms of nursing students. Research instruments included the health literacy and 3E health behaviors of nursing students' questionnaires. Five experts validated content validity. Cronbach's alpha coefficient of the questionnaires were .92, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation, t-test, and repeated measures ANOVA). Results were as follows: 1) mean scores of health literacy and 3E health behaviors of the experimental group after participating in the program were higher than those before participating in the program ( $p < .01$ ,  $p < .001$ , respectively); and 2) after participating in the health literacy development program, mean scores of health literacy and 3E health behaviors of the experimental group were higher than those of the control group ( $p < .05$ ,  $p < .01$ , respectively).

**Keywords:** health literacy, health behavior, local wisdom, nursing students

## บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จัดเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางที่อยู่ภายใต้การกำกับ และดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจสำคัญได้แก่การจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติและสภากาพยาบาล โดยมีความสอดคล้องกับปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพชุมชนเป็นพื้นฐาน บทบาท หน้าที่สำคัญประการหนึ่งของวิทยาลัยพยาบาลคือการปลูกฝังและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนที่กำลังจะพัฒนากลายเป็นบุคลากรทางสุขภาพ (healthcare providers) ในอนาคต ให้เป็นผู้มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมจนสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี และถ่ายทอด ให้คำแนะนำแก่

ประชาชน ผู้รับบริการให้สามารถเข้าถึงข้อมูล หรือบริการทางสุขภาพ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

นักศึกษาพยาบาลที่เข้ามาศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้น มักต้องเผชิญกับการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ของแต่ละวิทยาลัยทั้งในด้านลักษณะการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อมด้านบุคคลและที่พักอาศัยอย่างคล้ายคลึงกัน อันส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มักพบว่านักศึกษาพยาบาลมักไม่ค่อยรับประทานอาหารเช้า หรือรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำแทนอาหารจานหลักเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และหาซื้อได้ง่าย



2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่านักศึกษาบางส่วนนิยมใช้เวลาว่างอยู่กับสื่อออนไลน์ และการนอนพักผ่อน จึงทำให้ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย และ 3) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่านักศึกษาพยาบาลจำนวนมากที่ปรับตัวไม่ได้กับเนื้อหาสาระการเรียนที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนรวมทั้งลักษณะการเรียนที่ต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และฝึกทักษะปฏิบัติการกับผู้รับบริการในสถานการณ์จริงจนก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ตามมาแล้วไม่สามารถหาวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เหมาะสม<sup>1,2</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>3</sup> โดยพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมักขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือขาดการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย ในขณะที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะพบว่าสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับหรือเข้าถึงได้ จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดีตามมาได้<sup>4-6</sup> และจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่ามุ่งเน้นศึกษาความรู้ ประสบการณ์ และสภาพการณ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ศึกษาพยาบาลนั้นมีค่อนข้างน้อย ในขณะที่มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากซึ่งพบว่าการจัดโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้<sup>7-12</sup> ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอื่นให้แก่ศึกษาพยาบาลต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

## สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น มากกว่ากลุ่มควบคุม

## ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นกับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะทดลอง และระยะประเมิน ติดตามผล ตามรายละเอียดดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 120 คน และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 109 คน รวมประชากรทั้งสิ้น จำนวน 229 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยทำการสุ่มรายชื่อวิทยาลัยโดยใช้วิธีการจับฉลาก ซึ่งจับรายชื่อวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ได้เป็นกลุ่มทดลองและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

พระพุทธรบาท เป็นกลุ่มควบคุมในการกำหนดขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน<sup>13</sup> และเพื่อป้องกันตัวอย่างออกจากโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกร้อยละ 20 คิดเป็น 6 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นจึงมีนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาเข้าโครงการ ได้แก่ นักศึกษาทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดนักศึกษาออกจากโครงการ คือนักศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งในการคัดเลือกนักศึกษาเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)<sup>14</sup> โดยนำรายชื่อของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ทั้งหมด จำนวน 120 คน มาคลุกกัน แล้วสุ่มจับฉลากรายชื่อออกมาจนครบ 36 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง จากนั้นนำรายชื่อของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ซึ่งมีทั้งหมด 109 คน มาคลุกกันเช่นเดียวกัน แล้วสุ่มจับฉลากรายชื่อออกมาจนครบ 36 คน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซนและคณะ (Sorensen et al., 2012)<sup>15</sup> ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (Access) การทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) การวิเคราะห์ แผลความ ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) และการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ขององค์การอนามัยโลก<sup>16</sup> และแนวคิดเรื่องส่งเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล โปรแกรมนี้มีลักษณะเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ตาม

ภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ละกิจกรรม ใช้เวลา 4 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 12 ชั่วโมง รายละเอียดดังนี้

### 1. ด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

เนื้อหาการเรียนรู้ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ชนิด ประโยชน์ ของอาหารพื้นบ้านของแต่ละภูมิภาค การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ขั้นทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เน้นแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ตรวจสอบความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เข้าถึง สืบค้นได้ 3) ขั้นวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ เน้นวิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย คำนวณพลังงานจากอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 4) ขั้นตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ เน้นออกแบบรายการอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น วิเคราะห์ อภิปรายความเหมาะสม สะท้อนคิดถึงความเป็นไปได้ แรงจูงใจ และความเชื่อมั่นที่จะนำไปใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

### 2. ด้านการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

เนื้อหาการเรียนรู้ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เรื่องการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ชนิด ประโยชน์ พลังงานที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติสืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ขั้นทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เน้นอภิปราย ตรวจสอบความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบค้น หรือเข้าถึงได้ 3) ขั้นวิเคราะห์ ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ เน้นวิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุดด้อย ของการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ละชนิด และ 4) ขั้นตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ เน้นสร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณีตัวอย่างบุคคลที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ในการออกกำลังกาย และเสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยให้วางแผนออกแบบจัดกิจกรรมออก

กำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่น อภิปราย ความเหมาะสม สะท้อนคิดความเป็นไปได้ในการนำการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย

### 3. ด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

เนื้อหาการเรียนรู้ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์ที่เชื่อถือได้ การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์ และการผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ขั้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เน้นการสาคิดและฝึกปฏิบัติ การสืบค้นข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการผ่อนคลายอารมณ์ 2) ขั้นทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เน้นอธิบายเนื้อหาสาระเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม อภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตรวจสอบความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบค้น หรือเข้าถึงได้ 3) ขั้นวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ เน้นสร้างแรงจูงใจโดยให้ชมคลิปวิดีโอกรณีตัวอย่างบุคคลที่ใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วิเคราะห์ เปรียบเทียบ จุดดี จุดด้อยของวิธีการจัดการทางอารมณ์ที่กรณีตัวอย่างใช้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และ 4) ขั้นตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ เน้นเสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยการให้วางแผน ออกแบบจัดกิจกรรมการผ่อนคลายทางอารมณ์ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น อภิปราย สะท้อนคิดความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์

ตรวจสอบคุณภาพของร่างโปรแกรม โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษาด้านการพยาบาล และด้านการสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำร่างโปรแกรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จำนวน 7 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้เกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ ในการดำเนินกิจกรรม

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลักปฏิบัติตน 3 อ.ของนักศึกษาพยาบาลสำหรับใช้เก็บ

รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ และตอนที่ 2 ประเมินความรู้ทางสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) 9 ข้อ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) 7 ข้อ ด้านการคิดวิเคราะห์ แปลความ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) 6 ข้อ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามระดับความถี่ที่จะปฏิบัติ เมื่อต้องการข้อมูลหรือได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ คือ 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 4 ปฏิบัติทุกครั้ง โดยแปลผลคะแนนตามค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2556)<sup>17</sup> คือ 1) 0-0.80 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 2) มากกว่า 0.80-1.60 คะแนน หมายถึง น้อย 3) มากกว่า 1.60-2.40 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4) มากกว่า 2.40-3.20 คะแนน หมายถึง มาก และ 5) มากกว่า 3.20-4.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล สำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ และตอนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นด้านอาหาร 8 ข้อ ด้านออกกำลังกาย 9 ข้อ และด้านอารมณ์ 3 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ โดยเฉลี่ย/สัปดาห์ คือ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 2 หมายถึง ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1 - 2 วัน/สัปดาห์ 3 หมายถึง ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ 4 หมายถึง ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4 - 5 วัน/สัปดาห์ และ 5 หมายถึง ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์ การแปลผลคะแนนตามค่าคะแนนเฉลี่ย<sup>17</sup> คือ 1) 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 2) มากกว่า 1.50-2.50 คะแนน หมายถึง น้อย 3) มากกว่า 2.50-3.50 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4) มากกว่า 3.50-4.50 คะแนน หมายถึง มาก และ 5) มากกว่า 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านและอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำแบบประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .92 และรายด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การคิดวิเคราะห์ แปลความ ประเมินคุณค่าข้อมูลทางสุขภาพ และการตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .90, .83, .81 และ .75 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .89 และรายด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เท่ากับ .81, .85 และ .71 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใบรับรองโครงการเลขที่ COA No.254/2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ใบรับรองโครงการเลขที่ EC 1-008/2561 จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบนักศึกษากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม เมื่อนักศึกษายินดี เข้าร่วมการวิจัยจึงให้นักศึกษาลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. จัดทำบันทึกเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

2. ประสานงานกับผู้บริหาร อาจารย์ผู้เกี่ยวข้องทั้งสองสถาบัน และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บ

รวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมผู้ช่วยวิจัย เตรียมสถานที่และวัสดุ อุปกรณ์สำหรับทดลอง

#### ขั้นตอนการทดลอง

1. เข้าพบนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองตามโปรแกรม การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย แล้วให้ตอบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

3. จัดให้นักศึกษากลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ในรูปแบบของกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมใช้ระยะเวลา 12 ชั่วโมง เมื่อวันที่ 31 เดือน ตุลาคม-1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ส่วนนักศึกษากลุ่มควบคุมนั้น จัดให้เข้าเรียนตามปกติ

#### ขั้นประเมินผล

ให้นักกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ (Independent t-test และ Paired t-test)

#### ผลการวิจัย

#### 1. ผลประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลักปฏิบัติตน 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาล

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่วงก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง พบผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	36	2.71	.45	3.357	.002*
หลังทดลอง	36	3.03	.34		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	36	2.86	.35	2.047	.044*
กลุ่มทดลอง	36	3.03	.34		

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	36	2.76	.38	3.841	<.001*
หลังทดลอง	36	3.14	.42		

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	36	2.90	.39	2.761	.009*
กลุ่มทดลอง	36	3.14	.42		

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 1 พบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมภายหลังการทดลอง (Mean = 3.03, SD=.344) สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง (Mean = 2.71, SD=.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 3.357, p = .002$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) และด้านวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพ (Appraise) ภายหลังการทดลอง สูงกว่าช่วงก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้วย

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบผลการศึกษาดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษาในกลุ่มทดลอง (Mean = 3.03, SD = .34) มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 2.86, SD = .35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.047, p = .044$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 2. ผลประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองนั้น พบผลการศึกษาดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 พบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวม ภายหลังการทดลอง (Mean = 3.14, SD=.42) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 2.76, SD = .38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 3.84, p < .001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และด้านออกกำลังกาย ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ .01 ตามลำดับ

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบผลการศึกษาดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean = 3.14, SD = .42) มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 2.90, SD = .39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.761, p = .009$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในรายด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนามานั้น สามารถช่วยเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ให้แก่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองได้ ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้วิจัยใช้วิธีการสอน (Teaching method) ที่หลากหลาย อันได้แก่ การสาธิต (Demonstration) การฝึกกลุ่มย่อย (Small-Group exercises) การทวนความเข้าใจ (Teach-Back method) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) การสะท้อนคิด (Reflective thinking technique) การใช้ตัวแบบ (Modeling) และการแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เพื่อให้ นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active learning) ตามแนวคิดของ Bonwell และ Eison, 1991<sup>18</sup> ด้วยตนเองในหลายๆ สิ่ง เช่น ฝึกสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์เพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเองแล้วคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ระดับใด มีความผิดปกติมากน้อยเพียงใด วิเคราะห์ อภิปรายประเด็นที่เกี่ยวข้อง

กับกรณีตัวอย่างจากคลิป์วิดีโอ ร่วมออกแบบเมนูอาหารตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ได้พลังงานเพียงพอในแต่ละวัน ออกแบบ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมผ่อนคลายความตึงเครียด ทางอารมณ์ให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาในแต่ละภูมิภาค เป็นต้น จึงทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ เรียนรู้จากหลายช่องทางทั้งการอ่าน การเขียน การโต้ตอบ การ วิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่าในคราวเดียวกัน นับว่าเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ ตรง (Experiential learning) และได้ฝึกทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าของข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์เพื่อ สุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น จนสามารถตัดสินใจเลือกที่จะ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม สุขภาพของตนเองต่อไปอีกภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม จะเห็นว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของนักการศึกษาและผล การวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งกล่าวถึงความรอบรู้ ด้านสุขภาพว่าเป็นกลุ่มทักษะเสริม (Complementary skills) และเป็นสมรรถนะ (Competency) ที่สามารถสร้างหรือพัฒนา ให้เกิดขึ้นได้ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำนั้นควรใช้เทคนิควิธีการ สอนที่เน้นประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน (Experiential learning) เป็นหลัก รวมทั้งใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเลือกตัดสินใจและมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพ ของตนเอง<sup>19-23</sup>

## 2. ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองนักศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวม รวมทั้งรายด้านอาหาร และ รายด้านออกกำลังกายสูงกว่าช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน จากผลวิจัยข้างต้นสามารถ กล่าวได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นนั้นช่วยทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญา

ท้องถิ่นได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้วิจัยใช้เทคนิค วิธี การสอนที่กระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมลงมือกระทำ (Active learning) เป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะการให้นักศึกษาร่วม วิเคราะห์ อภิปราย แสดงความคิดเห็นจากการสังเกตพฤติกรรม การออกกำลังกายและการจัดการทางอารมณ์ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นของตัวแบบในคลิป์วิดีโอ (Modeling) เพื่อกระตุ้นให้ นักศึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ ตนเอง รวมทั้งใช้กิจกรรมกระตุ้นให้นักศึกษามีการรับรู้ความ สามารถของตนเอง (Self-efficacy) เกิดความเชื่อมั่นที่ จะควบคุมตนเอง (Self-control) และกำกับตนเอง (Self regulation) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้าน อาหาร ด้านออกกำลังกายและด้านอารมณ์ตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นไปในทางที่เหมาะสมตามบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรม ของแต่ละคน ซึ่งตรงกับหลักการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวถึงบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของตนเองได้โดยการทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถ ของตนเองเพิ่มขึ้น<sup>24-27</sup> ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ข้อสรุปว่าผู้ที่ได้รับการ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้นแล้วว่าจะมีทักษะความ สามารถที่จะแสดงออกถึงการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นด้วย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหาร อาจารย์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา นักศึกษาควรศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานให้เกิดการ เรียนรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยกับ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มอื่น หรือประชาชนกลุ่มวัยอื่นๆ

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ผู้บริหาร อาจารย์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา นักศึกษาควรศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพด้านอื่นๆให้แก่ นักศึกษาพยาบาลหรือประชาชน กลุ่มอื่นด้วยเพื่อเป็นการขยายผลการเรียนรู้ให้กว้างออกไป
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดให้มีการติดตามผลภาย หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน หรือ 3 เดือนตามเหมาะสม เพื่อ ประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

## References

1. Lertsakornsiri M , Khampunyo C. Factors associated with health-promoting behaviors of nursing students at Saint Louis College during practice in the health care service. *Naresuan University Journal: Science and Technology* 2017;(25)3:67-76.
2. Phaophon S, Khampiranont U, Janstaporn S. Healthy behaviors of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2011;17(1):81-92. (in Thai)
3. Khampisit J. Health literacy and health promotion behaviors of students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University* 2018;24:67-78.
4. Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* 2012; 12:80-92.
5. World Health Organization, World Health Organization. *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
6. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015;25(3): 43-54. (in Thai)
7. Williamson SS, Foss JC. Differences in health literacy knowledge and experiences among senior nursing students. *J Ga Public Health Assoc* 2015;5:184-90.
8. Potter J. *Health Literacy of Nursing Students and Their Awareness of Patient Literacy Needs*. [Dissertation]. Hartford: Walden University; 2017.
9. Unphomme S, Unphomme M. Health literacy knowledge and experiences of the fourth year Nursing students Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima; 2551. (in Thai)
10. Turner K, Rakkwamsuk S ,Duangchai O. Health literacy of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Journal of Health Science Research* 2018;12(1):1-9. (in Thai)
11. Konkanok L, Chanpen N. Health Literacy of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1):277-289. (in Thai)
12. Intarakamhang U. *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok : Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017.(in Thai)
13. Kaemkate W. *Research Methodology in Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2008. (In Thai)
14. Kanchanawasee T, Kanchanawasee S. *Research methodology*. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Pimtanjai; 2018. (In Thai)



15. Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health 2012;12:80–92.
16. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Self Care for Health: A Handbook for Community Health Workers & Volunteers. New Delhi: Mahatma Gandhi Marg, Indraprastha Estate; 2013.
17. Srisaad B. Basic research. 9th ed. Bangkok : Suweeriyasan; 2013.(In Thai)
18. Bonwell CC, Eison JA. Active Learning: Creating Excitement in the Classroom. Washington, D.C.: The George Washington University, School of Education and Human Development; 1991.
19. Nutbeam D. The evolving concept of Health Literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-78.
20. Stormacq C, Stormacq J, Broucke SV. The effectiveness of health literacy interventions on health-related outcomes among socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports 2016;14(2):49-63.
21. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: A Review of the literature. Nursing Outlook 2011;59(2):70-78.
22. Khammani T. Science of Teaching Pedagogy: Knowledge for effective learning process. 22<sup>th</sup>ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (In Thai)
23. Ferguson LA. Implementing a Video Education Program to Improve Health Literacy. The Journal for Nurse Practitioner 2012;8(8):17–22.
24. 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)
25. Thammikbowarn S. Health literacy for health promotion: Concept analysis. Journal of Faculty of Nursing, KKU 2008;3(2):53-58.(In Thai)
26. Seangpraw K. Health education and health behavior. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (In Thai)
27. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. 4<sup>th</sup> ed. Health behavior and health education : theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 2008.

## บทความวิจัย

## การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

### The Development of Video Lesson on Nasopharyngeal and Oral Suction in Children for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Dec 21, 2018  
Revised: Jan 14, 2019  
Accepted: Feb 18, 2019

พัชรี วัฒนชัย พย.ม. (Patcharee Wattanachai, M.N.S.)<sup>1</sup>  
ศิริธร ยิ่งแรงเรือง ปร.ด. (Siritorn Yingrengreung, Ph.D.)<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

สื่อวีดิทัศน์จัดเป็นสื่อทางการศึกษาประเภทมัลติมีเดียที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้เรียนสามารถเห็นขั้นตอนการปฏิบัติได้ชัดเจน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลสื่อวีดิทัศน์การดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตาม ADDIE Model ระหว่างเดือนมีนาคม 2560-สิงหาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ได้มาจากการสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากตามกลุ่มนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานจำนวน 48 คน การวิจัยมี 3 ระยะ 1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสื่อการเรียนการสอน 2) การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ และ 3) การประเมินความรู้ ทักษะและความพึงพอใจของผู้เรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่แบบไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเท่ากับ 81.25/83.25 สูงกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน/แบบทดสอบหลังเรียน (E1/E2) ที่ตั้งไว้ 80/80
2. คะแนนความรู้เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษามีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.47, p < .001$ )
3. คะแนนสอบทักษะการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 65.00 (95.83%, N=48)
4. คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D = 0.44)

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าสื่อวีดิทัศน์นี้มีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมทักษะการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาพยาบาล

**คำสำคัญ:** วิจัยและพัฒนา, สื่อวีดิทัศน์, การดูดเสมหะทางจมูกและปาก, เด็ก, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: patcharee.w@bcn.ac.th

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: siritorn.y@bcn.ac.th  
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

## Abstract

Video media is an effective educational multimedia that enable learners to see practice process and procedures clearly. This research aimed to develop and evaluate the video lesson on Nasopharyngeal and Oral Suction in children for educating undergraduate nursing students. The video, according to ADDIE Model, was developed in March 2017 - April 2018. A sample of 48 participants was randomly selected from the 3<sup>rd</sup> year nursing students in clinical settings. There are 3 phases including: 1) assessment of situation and educational media needs; 2) development of VDO media and assessment of quality; and 3) evaluation of student knowledge, skill, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test dependent.

Results revealed that:

- 1) The efficiency at E1/E2 of the VDO lesson on Nasopharyngeal and Oral Suction in children was 81.25/83.25 and it was higher than the criterion of 80/80.
- 2) The post-test scores of knowledge on Nasopharyngeal and Oral Suction of nursing students after the VDO lesson was significantly higher than the pre-test scores ( $t = 12.47, p < .001$ ).
- 3) The scores of Nasopharyngeal and Oral Suction skill examination of nursing students passed the 65% cut of point (95.83%,  $N=48$ ).
- 4) The overall satisfaction on VDO lesson of nursing student was very high ( $\bar{x} = 4.76, S.D. = .44$ ).

This study indicates that the VDO lesson is effective for readiness preparation and promoting skills on Nasopharyngeal and Oral Suctioning of nursing students.

**Keywords:** research and development; VDO media; Nasopharyngeal and Oral Suction; children; nursing students

## บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลที่องค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติหรือความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงมุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ส่งผลต่อสถาบันการศึกษาพยาบาลให้มีการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ได้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ซึ่งมีรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 เป็น

วิชาภาคปฏิบัติที่นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพบุคคลวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับความผิดปกติของการหายใจ โดยในการฝึกภาคปฏิบัตินักศึกษาจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งทักษะการดูแลและหัตถการทางจมูกและปากในเด็กเป็นทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ ช่วยให้เด็กป่วยหายใจได้สะดวกและหายจากโรคได้เร็วขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษา

กลุ่มที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กผู้ป่วยเด็กเป็นครั้งแรก และต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยการทำหัตถการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก นักศึกษายังเตรียมอุปกรณ์และปฏิบัติการดูดเสมหะไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน และจากการประเมินทักษะทางคลินิก (OSCE) ของนักศึกษาเรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก พบว่า มีนักศึกษาที่ผ่านการทดสอบไม่ถึงร้อยละ 50.00 แม้ว่าก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัตินักศึกษาจะได้รับการปฐมนิเทศและการสอนในภาคทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจรวมถึงหัวข้อเกี่ยวกับการดูดเสมหะในเด็กมาบ้างแล้ว โดยแต่ละครั้งจะเป็นการเรียนรู้ในกลุ่มใหญ่ ซึ่งวิธีการเรียนการสอนดังกล่าวอาจไม่ตอบสนองความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน<sup>1</sup> และจากการสอบถามนักศึกษากล่าวว่า ขณะเรียนในภาคทฤษฎียังมองเห็นภาพขั้นตอนไม่ชัดเจน เมื่อเจอสถานการณ์จริงยิ่งเกิดความตื่นเต้น ทำให้ลืมทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องบางขั้นตอนไป จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งปัจจุบันสื่อการเรียนรู้ในและนอกห้องเรียนมีหลากหลายรูปแบบ นักศึกษายุคปัจจุบันมีความสนใจสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น สื่อประกอบการเรียนการสอนจึงควรมีความน่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย เห็นภาพหรือแสดงขั้นตอนปฏิบัติชัดเจน และเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการอยากเรียนรู้ ผู้สอนต้องมีการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียน ประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น<sup>2</sup>

สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ดี เนื่องจากเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงประกอบ เป็นสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสทางตาและทางหู ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น<sup>3</sup> สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีทั้งภาพเคลื่อนไหว ภาพนิ่ง เทคนิคพิเศษในการถ่ายทำและตัดต่อ พร้อมทั้งตัวอักษรหรือเสียงประกอบที่ผสมผสานกันได้อย่างลงตัว ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ทำให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Edna และคณะ<sup>4</sup> เรื่องผลของการใช้วีดิทัศน์เป็นเครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของผู้เรียนเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพของแรงจูงใจในการ

เรียนรู้ พบว่าการใช้วีดิทัศน์มีผลบวกต่อการรับรู้ของผู้เรียน โดยเพิ่มแรงจูงใจและความสนใจในการเรียนรู้ของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี จากการทบทวนงานวิจัยด้านสื่อการสอนทางการพยาบาลในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาถึงความพึงพอใจของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย หัวข้อวีดิทัศน์มีความน่าสนใจ เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประกอบการสอน และช่วยให้ นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก<sup>5</sup>

สำหรับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบการศึกษาผลของวีดิทัศน์ในการพัฒนาทักษะการดูแลหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดฝังของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลหลอดเลือดดำส่วนกลางหลังดูวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนดูวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0006 และการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อความรู้ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการเคมีบำบัดของนักศึกษาพยาบาลที่ใกล้จบการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้หลังดูวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนดูวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>7</sup> และ Pinar และคณะ<sup>8</sup> ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทวารของนักศึกษาพยาบาลใหม่ พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและคะแนนทักษะการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกายทวารโดยใช้รูปแบบการสอบ Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าสื่อวีดิทัศน์จัดเป็นสื่อที่เหมาะสมในการนำมาประกอบการเรียนการสอน ทำให้นักศึกษาเกิดการ

เรียนรู้จากภาพเสียงและเห็นกระบวนการหรือขั้นตอนการปฏิบัติได้ชัดเจน สามารถนำไปใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลาและจากการทบทวนวรรณกรรมด้านสื่อการเรียนการสอนประเภทวีดิทัศน์ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กส่วนใหญ่เป็นสื่อวีดิทัศน์การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอและในผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้และแนวทางในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษา

ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลทางจมูกและปากในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล และพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็กก่อน และหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก
4. ศึกษาทักษะปฏิบัติการดูแลทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก
5. ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดตามกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model ของ Kruse<sup>9</sup> ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวิเคราะห์ (analysis) เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการด้านสื่อการเรียนการสอน และทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อ 2) ขั้นการออกแบบสื่อ (design) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มา กำหนดกรอบเนื้อหาและรูปแบบสื่อ ร่างเนื้อหาและรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งสร้างแบบประเมินคุณภาพสื่อ 3) ขั้นการพัฒนา (development) เป็นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ และนำสื่อวีดิทัศน์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อทำการประเมินแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำสื่อวีดิทัศน์ไปทดลองใช้ (try out) 4) ขั้นการนำไปใช้ (implement) เป็นการนำสื่อวีดิทัศน์ที่มีคุณภาพไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 5) ขั้นการประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิภาพของสื่อ โดยประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติและความพึงพอใจที่มีต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษา

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูแลทางจมูกและปากในเด็ก

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A รุ่นที่ 70 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 โดยการจับฉลากตามกลุ่ม นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน (Cluster random sampling) จำนวน 2 กลุ่ม (จาก 3 กลุ่ม) รวมจำนวน 48 คน โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเอง เป็นการสำรวจความคิดเห็นของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน โดยใช้แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเอง ลักษณะเป็นแบบสอบถามออนไลน์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการด้านสื่อการเรียนการสอน

**ระยะที่ 2** การหาคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ โดย อาจารย์พยาบาล 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ 2 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพสื่อ ทดลองใช้สื่อกับกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล (1:1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 คน ที่ผ่านการเรียนเรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก และมีประสบการณ์ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติในการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก มีการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษากายหลังจากการชมสื่อ นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงสื่อและทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่ยังไม่เคยเรียนเรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก เริ่มจากกลุ่มย่อย (1:8) จำนวน 8 คน เพื่อหาแนวโน้มของประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ปรับปรุงแก้ไขสื่ออีกครั้ง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มย่อย (1:27) จำนวน 27 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้นักศึกษาดูสื่อวีดิทัศน์จากเครื่องคอมพิวเตอร์ของวิทยาลัย 1 เครื่อง ต่อนักศึกษา 1 คน โดยดูตอนที่ 1-3 หลังจากนั้นให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัด เป็นแบบฝึกหัดรูปแบบ ถูก-ผิด จำนวน 12 ข้อ (E1)

2. ให้นักศึกษาคู่มือวีดิทัศน์ต่อ ตอนที่ 4 -5 เมื่อดู ทั้ง 5 ตอนจบแล้ว จากนั้นให้นักศึกษาทำ และทำข้อสอบวัดความรู้เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก จำนวน 20 ข้อ (E2)

3. นำคะแนนที่ได้มาทดสอบหาประสิทธิภาพของคู่มือวีดิทัศน์ ใช้สูตร E1/E2 มีเกณฑ์ 80/8011

**ระยะที่ 3** การประเมินผลคู่มือวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง A ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ด้วยวิธีการจับฉลากตามกลุ่มนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน (Cluster random sampling) จำนวน 2 กลุ่ม (จาก 3 กลุ่ม) รวมจำนวน 48 คน ผู้วิจัยได้นำคู่มือวีดิทัศน์ที่ผ่านการหาประสิทธิภาพแล้วบรรจุไว้ในอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลชนิดยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ เนื่องจากมีขนาดเล็กแต่สามารถบรรจุข้อมูลได้มาก สามารถเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ได้ง่าย โดยประสานกับอาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชาในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็กและอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติแต่ละหอผู้ป่วย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น ตลอดภาคการศึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ร่วมปฐมนิเทศการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านคู่มือวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็กให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

2. ให้นักศึกษาทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นชนิดเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ให้เวลาในการทำแบบทดสอบ 20 นาที

3. มอบคู่มือวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็กให้กับกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติงาน ในรูปแบบยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ กลุ่มละ 2 อัน โดยให้นักศึกษาดูคู่มือวีดิทัศน์หลังจากทำแบบทดสอบก่อนเรียนเสร็จ หลังจากนั้นแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถดูคู่มือวีดิทัศน์ได้อย่างอิสระในการเลือกสถานที่ และเวลาขณะอยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

4. มอบคู่มือวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและ

ปากในเด็ก ให้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในรูปแบบยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ กลุ่มละ 2 อัน โดยให้นักศึกษาเรียนรู้คู่มือวีดิทัศน์พร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถดูคู่มือวีดิทัศน์ได้อย่างอิสระในการเลือกสถานที่ และเวลาขณะอยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

5. หลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็กผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) จำนวน 20 ข้อ ให้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที โดยใช้ข้อสอบชุดเดียวกันกับทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) หลังจากนั้นให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคู่มือวีดิทัศน์

6. ดำเนินการสอบทักษะปฏิบัติ (OSCE) การดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก ตามกำหนดการของรายวิชา โดยผู้วิจัยและทีมอาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ใช้เวลาในการสอบปฏิบัติ 5 นาที

7. ภายหลังจากสอบทักษะปฏิบัติ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตามเลขที่ จำนวน 10 คน เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แนวคำถามการสนทนาตามแบบประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ ด้านส่วนประกอบ และ ด้านการนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. คู่มือวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก ความยาว 16 นาที นำเสนอขั้นตอนการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็กเป็นการถ่ายทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวจากการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในหอผู้ป่วยเด็ก พร้อมทั้งตัวอักษรบรรยายประกอบ เนื้อหาประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความหมาย วัตถุประสงค์ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก

ตอนที่ 2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก

ตอนที่ 3 ขั้นตอนการดูแลเด็กทางจุกและปากในเด็ก

ตอนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการ  
ดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก

ตอนที่ 5 สรุปและแบบทดสอบเรื่องการดูดเสมหะ  
ทางจมูกและปากในเด็ก

หาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ดังรายละเอียดที่นำ  
เสนอไว้ในระยะที่ 1 และ 2 ของการดำเนินการวิจัย โดยได้สื่อ  
วีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพโดยใช้สูตร  $E1/E2$  เป็น  $81.25/83.25$   
จากที่ตั้งเกณฑ์ไว้  $80/80$

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามสภาพปัญหาและความ  
ต้องการในการใช้สื่อการเรียนตัวตนเอง ลักษณะเป็น  
แบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูล  
ส่วนบุคคล อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียน ปัญหาการเรียนการสอน  
ความต้องการในการใช้สื่อการเรียนรูด้วยตนเองของนักศึกษา  
พยาบาล ปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อการเรียนรูแยก  
ตามรายวิชา ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและตัวแทนอาจารย์จาก  
ภาควิชาการพยาบาลเด็ก การพยาบาลอนามัยชุมชน การ  
พยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และการพยาบาลสุขภาพ  
จิตและจิตเวช

2.2 แบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการ  
ดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน  
ได้แก่ ด้านเนื้อหาและการลำดับเรื่อง ด้านภาพ ภาษาและเสียง  
และด้านตัวอักษร และสี จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบ  
ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยระดับมาก  
ที่สุดเท่ากับ 5 ถึงเห็นด้วยระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1 โดยแปล  
ผลดังนี้ 4.20-5.00, 3.40-4.19, 2.60-3.39, 1.80-2.59,  
1.00-1.79 หมายถึง คุณภาพสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับดีมาก, ดี,  
ปานกลาง, ปรับปรุงและไม่มีคุณภาพ ตามลำดับ

ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item  
objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ  
จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 นำแบบ  
ประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อได้ประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดให้คะแนนเกณฑ์การประเมิน  
คุณภาพสื่อวีดิทัศน์อยู่ระดับดีขึ้นไป ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อได้  
ประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์โดยรวม ได้ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.61  
หมายถึง คุณภาพสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับดีมาก

2.3 แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องการดูดเสมหะ

ทางจมูกและปากในเด็ก ที่ครอบคลุมเนื้อหาการดูดเสมหะทาง  
จมูกและปากในเด็ก จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นปรนัย 4 ตัว  
เลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม  
20 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมาก  
หมายถึงมีระดับความรู้สูง คะแนนน้อยหมายถึงมีระดับความ  
รู้ต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบ  
ทางเดินหายใจในเด็ก จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ได้แก่  
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระบบทางเดิน  
หายใจในเด็ก จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา  
และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ  $0.67-1.00$  นำแบบ  
ทดสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 20  
คน หาความเชื่อมั่น (reliability) ของชุดข้อสอบวัดความรู้เรื่อง  
การดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์  
ของ Kuder-Richardson Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น  
เท่ากับ  $0.63$  ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นปานกลาง<sup>10</sup>

2.4 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูดเสมหะ  
ทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กของผู้เรียนโดยใช้รูปแบบการ  
สอบ OSCE (Objective Structured Clinical Examinations)  
เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยตัวแทนอาจารย์พยาบาล  
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กของสถาบันพระบรมราชชนก  
เครือข่ายภาคกลาง 1 เป็นแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติทาง  
คลินิกและตรวจสอบรายการ (Check list) ตามพฤติกรรม ให้  
เวลาในการสอบปฏิบัติ 5 นาที แบบประเมินมีจำนวน 12 ข้อ  
คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์ผ่าน 65 คะแนนขึ้นไป

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิ  
ทัศน์ของนักศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านเนื้อหา รูปแบบ  
ส่วนประกอบ และการนำไปใช้ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะ  
เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยระดับมากที่สุด  
เท่ากับ 5 ถึงเห็นด้วยระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1 โดยแปลผลดังนี้  
4.20-5.00, 3.40-4.19, 2.60-3.39, 1.80-2.59, 1.00-1.79  
หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด, มาก, ปานกลาง,  
น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา  
โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง  
เท่ากับ 1.00 นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร-  
บัณฑิต จำนวน 20 คน หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์  
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ  $0.88$  นอกจากนี้มีการสนทนากลุ่มกับ

นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบางส่วนหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ชุดนี้เป็นแนวคำถามในการสนทนา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ใบรับรองเลขที่ 10/2560 ก่อนเริ่มกระบวนการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ไม่มีผลต่อคะแนนการเรียน หากนักศึกษาไม่ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถทำได้โดยการไม่ส่งแบบสอบถามคืน และเมื่อเปิดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง B ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก็จะได้รับมอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็ก ในรูปแบบยูเอสบีแฟลชไดร์ฟ กลุ่มละ 2 อัน (8 คนต่อกลุ่ม) เช่นกัน นอกจากนี้การตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ เลขที่ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ คะแนนสอบวัดความรู้ คะแนนสอบปฏิบัติการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็ก และความพึงพอใจที่มีต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษา
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็กโดยใช้สูตร E1/E2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนข้อสอบความรู้ก่อนและหลังเรียนโดยใช้สถิติ Paired t-test
4. วิเคราะห์คะแนนทักษะปฏิบัติการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็ก โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของนักศึกษาตามผลคะแนน
5. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

## ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของนักศึกษา ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

ผลการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2559 จำนวน 600 คน โดยใช้แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเองรูปแบบออนไลน์ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 507 คน คิดเป็นร้อยละ 84.50 ผลการสำรวจสภาพปัญหาด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน พบว่า นักศึกษาคิดว่า มีหุ่นจำลองในห้องฝึกปฏิบัติการไม่เพียงพอ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 25.64 ไม่มีสื่อเสริมให้เรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลา จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 16.76 และมีสื่อวีดิทัศน์ที่ไม่ทันสมัยเนื่องจากเทคนิคบางอย่างเปลี่ยนไปจากเดิม จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01 ความต้องการประเภทของสื่อการเรียนรู้นอกเวลารายวิชาการพยาบาลเด็ก พบว่า นักศึกษาต้องการสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด จำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 95.26 รองลงมา คือสื่อจาก YouTube จำนวน 419 คน คิดเป็นร้อยละ 82.64 และบทเรียนออนไลน์ (E-learning) จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 51.28 และพบว่า นักศึกษามีความต้องการสื่อการเรียนรู้อะไรเกี่ยวกับการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็กมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 27.21 ต้องการเป็นอันดับที่ 2 จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 34.51 ต้องการเป็นอันดับที่ 3 จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 36.29 และต้องการเป็นอันดับที่ 4 จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20

## ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

2.1 ผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหะทางจุมกและปากในเด็ก โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 คน พบว่า คุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.61, SD = .54) เมื่อวิเคราะห์รายด้านประกอบด้วยด้านเนื้อหาและการลำดับเนื้อหา พบว่า มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.66, SD = .57) ด้านภาพ ภาษา และเสียง พบว่า มีคุณภาพ



อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.50, SD = .50) และด้านตัวอักษร และสี พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.66, SD = .57) แม้ว่าผู้ทรงคุณวุฒิจะประเมินว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการ ดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องของเสียงดนตรีประกอบให้ปรับระดับ ของเสียงให้เบาลง เพื่อให้ผู้เรียนฟังเสียงบรรยายได้ชัดเจนขึ้น และปรับเรื่องระยะเวลาการดำเนินเนื้อหาให้ช้าลง เพื่อให้ ผู้เรียนมีระยะเวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหาในแต่ละช่วง มากขึ้น

2.2 ผลการหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการ ดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 27 คน โดยใช้สูตร E1/E2<sup>11</sup> พบว่าประสิทธิภาพ ของกระบวนการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งได้คะแนนสอบ ระหว่างเรียนมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละเท่ากับ 81.25 และ ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ซึ่งได้จากคะแนนเฉลี่ยของการทำ แบบทดสอบหลังเรียนมีค่าเฉลี่ยร้อยละเท่ากับ 83.25 แสดงว่า ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูดเสมหะทางจมูก

และปากในเด็ก E1/E2 มีค่าเท่ากับ 81.25/83.25 ซึ่งเป็นไป ตามที่กำหนดไว้ E1/E2 ไม่ต่ำกว่า 80/80

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก ของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

3.1 ความรู้เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปาก ในเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความ รู้เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเพิ่มสูงขึ้นภายหลัง การชมสื่อวีดิทัศน์ (Mean = 14.60, SD = 1.31) เมื่อเปรียบ เทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง (Mean = 10.52, SD = 1.96) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการ ดูดเสมหะทางจมูกและปากก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากใน เด็กหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.47, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เรื่องการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กระยะก่อนและหลังการทดลอง (N=48)

ระยะ	Mean	SD	df	t-test
ก่อนการทดลอง	10.52	1.96	47	12.47*
หลังการทดลอง	14.60	1.31		

\* p < .001

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจากผลการประเมินทักษะการปฏิบัติ

ทักษะการปฏิบัติการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	SD
สอบผ่าน	46	95.83	86.30	9.45
สอบไม่ผ่าน	2	4.17	55.00	7.07

\*เกณฑ์การสอบผ่าน กำหนดที่  $\geq 65$  คะแนน

### 3.2 ทักษะการปฏิบัติการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็ก

ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็ก (OCSE) ของนักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า นักศึกษาสอบผ่านเกณฑ์การปฏิบัติ 65 คะแนน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 95.83 และสอบไม่ผ่านจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 และค่าเฉลี่ยคะแนนการสอบทักษะการปฏิบัติการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาทุกคนเท่ากับ 85.00 (S.D = 11.25) ค่าเฉลี่ยคะแนนการสอบทักษะการปฏิบัติการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาที่สอบผ่าน เท่ากับ 86.30 (S.D = 9.45) ดังแสดงในตารางที่ 2

### 3.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็ก

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์

ทัศน์เรื่องการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้นักศึกษาทำการประเมิน เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ด้านต่างๆ หลังจากเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์เสร็จแล้ว พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็ก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D = 0.44) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนี้ ด้านเนื้อหา (Mean = 4.79, S.D = 0.40) ด้านรูปแบบ (Mean = 4.64, S.D = 0.46) ด้านส่วนประกอบ (Mean = 4.77, S.D = 0.40) และ ด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.89, S.D = 0.31) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพึงพอใจมากที่สุด คือ เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย ลักษณะของภาพเหมาะสม ชัดเจน สวยงาม และนำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลและทำความสะอาดทางจมูกและปากในเด็ก (N=48)

	ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านเนื้อหา		4.79	0.40	มากที่สุด
1.1 เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย		4.91	0.28	มากที่สุด
1.2 เรียงลำดับเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน		4.72	0.49	มากที่สุด
1.3 มีการถ่ายทอดเนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย		4.74	0.44	มากที่สุด
2. รูปแบบ		4.64	0.46	มากที่สุด
2.1 มีความชัดเจน น่าสนใจ		4.70	0.46	มากที่สุด
2.2 ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสม		4.42	0.54	มากที่สุด
2.3 สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง		4.80	0.39	มากที่สุด
3. ส่วนประกอบ		4.77	0.40	มากที่สุด
3.1 การออกแบบหน้าจรมีสัดส่วนเหมาะสม สวยงาม		4.78	0.41	มากที่สุด
3.2 ลักษณะของภาพเหมาะสม ชัดเจน สวยงาม		4.91	0.28	มากที่สุด
3.3 ลักษณะของขนาด สีของตัวอักษร เหมาะสม ชัดเจน สวยงาม		4.74	0.44	มากที่สุด
3.4 คุณภาพเสียงบรรยาย ดนตรีประกอบเหมาะสม ชัดเจน น่าติดตาม		4.68	0.47	มากที่สุด
4. ด้านการนำไปใช้		4.89	0.31	มากที่สุด
4.1 นำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลและทำความสะอาด		4.91	0.28	มากที่สุด
4.2 ผู้เรียนสามารถควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้เอง		4.87	0.33	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.76	0.40	มากที่สุด

### 3.4 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูสมเหทางจุมกและปากในเด็กจากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาเพียงบางส่วนจากการจับฉลากเลขที่ จำนวน 10 คน วิเคราะห์เนื้อหาแยกตามคุณลักษณะของสื่อตามประเด็นเดียวกับแบบประเมินพึงพอใจ คือ ด้านเนื้อหา รูปแบบของสื่อ ส่วนประกอบของสื่อและการนำไปใช้ นักศึกษาได้ให้ข้อมูลดังนี้ ด้านเนื้อหามีความชัดเจน เข้าใจง่าย เรียงลำดับเนื้อหาได้เป็นขั้นตอน เห็นภาพอุปกรณ์ที่ต้องใช้และขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน น่าสนใจ ด้านรูปแบบมีความน่าสนใจ ระยะเวลาเหมาะสมไม่นานเกินไป สะดวกในการพกพาและใช้ศึกษาด้วยตนเอง ด้านส่วนประกอบ การออกแบบหน้าจอมีขนาดเหมาะสม ตัวอักษรสีและขนาดชัดเจน เสียงชัดเจนมีบางช่วงที่เสียงดนตรีประกอบดังไปเล็กน้อย และด้านการนำไปใช้ มีประโยชน์มากในการทบทวนความรู้และขั้นตอนการปฏิบัติก่อนไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเด็ก และสามารถเลือกเวลาและสถานที่ได้เอง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง อีกทั้งยังสามารถใช้ในการเตรียมตัวก่อนสอบประเมินทักษะการปฏิบัติ (OSCE) เพราะนักศึกษาบางคนไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย

### อภิปรายผลการวิจัย

#### 1. สภาพปัญหาและความต้องการสื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็ก

ผลการสำรวจสภาพปัญหาด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน จากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่า ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน ไม่มีสื่อที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลา มีสื่อวีดิทัศน์ที่ไม่ทันสมัยเนื่องจากเทคนิคบางอย่างเปลี่ยนแปลงจากเดิม และนักศึกษาต้องการสื่อการเรียนรู้นอกเวลาในรายวิชาการพยาบาลเด็กประเภทสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด โดยมีนักศึกษาต้องการสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็กมากที่สุดอันดับ 1 จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 27.21 อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาตลอดเวลา รวมทั้งลักษณะของผู้เรียนก็มีการเปลี่ยนแปลง สื่อการสอนควรมีการ

พัฒนาให้ทันต่อยุคสมัยและลักษณะของผู้เรียน เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน เนื้อหาการสอนหัวข้อใดที่มีรายละเอียดมากหรือขั้นตอนที่ซับซ้อนควรมีสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพมาประกอบการสอน เพื่อให้ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้ทั้งในและนอกห้องเรียน ดังนั้นทีมอาจารย์ผู้สอนหรือผู้บริหารของวิทยาลัยควรมีการติดตามและตรวจสอบเป็นระยะๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาสื่อการเรียนการสอนให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้การเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็ก ผู้วิจัยใช้แนวทางการดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้มีประสิทธิภาพตามหลักการและเหตุผลที่น่าเชื่อถือ ประกอบกับผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์โดยใช้กระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อตามรูปแบบ ADDIE Model<sup>9</sup> ซึ่งเป็นกระบวนการที่นิยมนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาสื่อการเรียนการสอน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนชัดเจน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์ ความต้องการสื่อการเรียนการสอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดกรอบเนื้อหาและออกแบบรูปแบบของสื่อ รวมทั้งสร้างแบบประเมินต่างๆ หลังจากนั้นดำเนินการผลิตและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ประเมินคุณภาพของสื่อปรับปรุงพัฒนาจนได้สื่อที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของนักศึกษาในการใช้สื่อในการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน

#### 2. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็ก

จากผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็ก พบว่า มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.61, S.D = .54) เมื่อวิเคราะห์คุณภาพรายด้าน ประกอบด้วยด้านเนื้อหาและการลำดับเรื่อง ด้านภาพภาษาและเสียง และด้านตัวอักษรและสี พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน และจากผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ พบว่า สื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูสมเหทางจุมกและปากในเด็กมีค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ E1 เท่ากับ 81.25 และ E2 เท่ากับ 83.25 โดยตามหลัก

วิชาการบทเรียนวิชาปฏิบัติ ควรกำหนดค่าประสิทธิภาพไว้ร้อยละ 80-85<sup>12</sup> นั้นหมายความว่า สื่อวีดิทัศน์นี้มีประสิทธิภาพอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากสื่อวีดิทัศน์นี้มีการพัฒนาตามกระบวนการการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model ที่มีขั้นตอนการพัฒนาชัดเจน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้เรียน ทำให้ได้สื่อการเรียนการสอนที่ตรงตามความต้องการของผู้เรียน และผู้วิจัยได้มีการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางวิชาชีพพยาบาลและสาขาอื่นๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบของสื่อให้เหมาะสมกับเนื้อหาและความต้องการของผู้เรียน อีกทั้งยังมีการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านเนื้อหา ทำให้ได้สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตและพัฒนาสื่อ ทำให้สื่อวีดิทัศน์ที่มีรูปแบบที่เหมาะสมการลำดับเนื้อหาชัดเจน ภาพ ภาษาและเสียงมีความเหมาะสมสวยงามน่าสนใจ ตัวอักษรและสีชัดเจน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Paowana<sup>13</sup> ได้ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่มีกระบวนการพัฒนาสื่ออย่างเป็นระบบตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการผลิตสื่อวีดิทัศน์ ขั้นตอนการผลิตสื่อและขั้นตอนการประเมิน และมีการปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งสื่อมีคุณภาพ เกินเกณฑ์ที่กำหนด E1/E2 เท่ากับ 86.77/94.31

3. ความรู้เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

อธิบายได้ว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทางจมูกและปากในเด็กนี้มีประสิทธิภาพ เนื้อหาตรงกับจุดประสงค์ของการเรียนรู้ ซึ่งสื่อมีการเรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน เข้าใจง่าย ผู้เรียนสามารถใช้บทวนเนื้อหาด้วยตนเองได้ตามต้องการ เป็นการเรียนรู้ที่อิสระ เมื่อนำสื่อมาใช้ในการเรียนการสอนจึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษา

พยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์พบว่าคะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ )<sup>14</sup> และการศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการตรวจครรภ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )<sup>15</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Carvalho และคณะ<sup>7</sup> ได้ทำการวิจัยทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อความรู้ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับเคมีบำบัดของนักศึกษาพยาบาลที่ใกล้จบการศึกษา พบว่าคะแนนความรู้หลังชมวีดิทัศน์สูงขึ้นกว่าก่อนชมวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาผลของวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์สายสวนทางหลอดเลือดดำต่อการพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์สายสวนทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังชมวีดิทัศน์ พบว่าคะแนนความรู้หลังชมวีดิทัศน์สูงขึ้นกว่าก่อนชมวีดิทัศน์<sup>6</sup>

4. ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก

ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการดูแลทางจมูกและปากในเด็ก (OCSE) ของนักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า นักศึกษาสอบผ่านเกณฑ์การปฏิบัติ 65 คะแนน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 95.83 และสอบไม่ผ่านจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสอบทักษะการปฏิบัติการดูแลทางจมูกและปากในเด็กของนักศึกษาที่สอบผ่านเท่ากับ 86.30 (SD = 9.45) อธิบายได้ว่า สื่อการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้มีความเป็นรูปธรรม เข้าใจง่ายสามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจสถานการณ์และเห็นความต่อเนื่องของเนื้อหาตามลำดับขั้นตอนการปฏิบัติได้ชัดเจน เนื่องจากการนำเสนอภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวประกอบที่เสมือนจริง สถานการณ์บนหอผู้ป่วยจริง อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทางจริง พร้อมทั้งมีเสียงบรรยายขั้นตอนการปฏิบัติประกอบ อีกทั้งนักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างอิสระ ไม่จำกัดเวลาหรือสถานที่และยังหยุดดูหรือย้อนดูทวนซ้ำบางขั้นตอนการปฏิบัติ

ได้ตามความต้องการ ดังที่กล่าวมานักศึกษาจึงสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการปฏิบัติการดูแลและซักถามผู้ป่วยและปากในเด็กได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการประเมินยังสอดคล้องตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นักศึกษาหลังประเมินทักษะการปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาแสดงความคิดเห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์นี้ช่วยให้นักศึกษาเห็นภาพอุปกรณ์ต่างๆ และขั้นตอนปฏิบัติชัดเจน ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์จนถึงขั้นตอนการปฏิบัติ และขณะดูสื่อสามารถหยุดดูและจดเนื้อหาที่สำคัญได้เป็นระยะๆ สามารถย้อนดูทวนซ้ำตรงเนื้อหาส่วนที่ยังไม่เข้าใจได้

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Kloypet และคณะ<sup>16</sup> ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของทักษะปฏิบัติการพยาบาลต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง ทักษะการพยาบาลในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสอบทักษะปฏิบัติการพยาบาล<sup>9</sup> สูงกว่าเกณฑ์การประเมินทุกทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และการศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการทำคลอดหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )<sup>14</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinar และคณะ<sup>8</sup> ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทารกของนักศึกษาพยาบาลใหม่ ผลการทดลอง พบว่า คะแนนทักษะการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกายทารกโดยใช้รูปแบบการสอบ OSCE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูแลและซักถามผู้ป่วยในเด็ก

ผลการประเมินนักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, SD = 0.44) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ ด้านประกอบ และ ด้านการนำไปใช้ พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน อธิบายได้ว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลและซักถามผู้ป่วยในเด็กมีความตรงตามความต้องการของผู้เรียน เช่น ด้านเนื้อหาที่มีความเหมาะสม

เข้าใจง่าย ด้านรูปแบบและส่วนประกอบมีการนำเสนอขั้นตอนการปฏิบัติที่มีภาพ เสียงและตัวอักษรอธิบายประกอบเหมาะสม ระยะเวลาเหมาะสม ด้านการนำไปใช้ให้นักศึกษาสามารถนำไปใช้ทบทวนความรู้ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยและสามารถควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อดีของสื่อวีดิทัศน์ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงสภาพความเป็นจริง โดยผ่านประสาทสัมผัสที่เรียนรู้ได้ดีที่สุดทางตาและหู มีความสะดวกในการเรียนรู้สามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาอย่างอิสระ จนส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ สื่อวีดิทัศน์สามารถดึงดูดความสนใจกลุ่มตัวอย่างได้ดี

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Klaypet และคณะ<sup>16</sup> เกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องทักษะทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องทักษะการพยาบาลทุกทักษะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.24, SD = 0.69) และความพึงพอใจของนักศึกษาในรูปแบบการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.24, SD = 0.69) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสอนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่องอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.54) ด้านการนำเสนออยู่ในระดับมาก (Mean = 4.17, SD = 0.59) และด้านภาพรวมของสื่ออยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, SD = 0.56)<sup>13</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาควรมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียนในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถใช้เป็นสื่อในการเตรียมนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการ  
 ดุดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กก่อนและหลังการเรียนรู้โดย  
 ใช้สื่อวีดิทัศน์

2. ควรมีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์หรือสื่อประกอบการ  
 เรียนการสอนที่มีรูปแบบผสมผสานทั้งภาพนิ่งภาพเคลื่อนไหว  
 กราฟิกหรืออนิเมชัน ตัวอักษรประกอบเสียงบรรยาย ใน  
 หัวข้ออื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนต่อไป

### References

1. Khammani T. Teaching Technique: knowledge for effective learning process Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
2. Potisan j. Role of Teachers' in the education system. Journal of instructional Development 2012;6(2):97-108. (in Thai)
3. Panagiota NS, Christos N. Evaluating the impact of video-based versus traditional lectures on student learning Educational Research 2015;1(8):304-11.
4. Edna B, Beatriz A, Pep S, Mihaela E, Vicenc F. Video as a new teaching tool to increase student motivation. 2014 [cited 2015 Jan 15] Available from: from <https://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/12717/1/bravo-amante.pdf>
5. Jungpanich A, Srisalaun O. Effects of using daily care plan video teaching on clinical self-confidence and satisfaction of nursing students, Kuakarun faculty of nursing, Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal of Nursing 2015;22(1):17-34. (in Thai)
6. Ariane FC, Lucimara M, Fernanda TB, Christiane IV, Claudia BS, Emilia CC. Effect of a video on developing skills in undergraduate nursing students for the management of totally implantable central venous access ports. Nurse Education Today. 2012; 32:709-7135
7. Carvalho EC, Stina APN, Marmol MT, Garbin LM, Braga FTMM, Moreli L. et al. Effects of an educational video on the oral hygiene of patients with hematologic disorders. 2014 [cited 2015 Jun 15] Available from: from [https:// dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23300](https://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23300).
8. Pinar G, Akalin A, Abay H. The effect of video based simulation training on neonatal examination competency among turkish nursing students. European Scientific 2016; 12(15):394-405.
9. Kruse K, Keil J. Technology-based training: The art and science of design, development, and delivery. 2000 [cited 2016 August 31] Available from [https://www.e-learningguru.com/article/art2\\_1.htm](https://www.e-learningguru.com/article/art2_1.htm)
10. Leekitchwatana P. Research methods in education. Bangkok: Mean service supply; 2015. (in Thai)
11. Brahmawong C. Developmental testing of media and Instructional Package. Silpakprn Educational Research Journal 2013;5(1):5-20. (in Thai)
12. Yamkasikorn M. How to use efficiency criterion in media research and development: The Difference between 90/90 Standard and E1/E2. Journal of education 2008;19(1):1-16. (in Thai)

13. Paowana, W. The efficiency of Instructional media of vaginal douche for nursing care of persons with Health problem practicum III, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani. Journal of nurses' association of Thailand, North-eastern division 2013;31(3):99-106. (in Thai)
14. Nakanakupt M, lamchareon T. Development of Video Media on Childbirth for Third-Year Nursing Students, Rangsit University. 2017. (in Thai)
15. Thaweesook P, Suvithayasiri K, Wangchom S. The development of video lesson on leopole's maneuvers for nursing students at Boromrajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):264-76. (in Thai)
16. Klapyet P, Kanchai S, Plengkrateke S. Satisfaction and learning outcome of nursing students about learning media for promote to basic nursing skills. Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. 2014. (in Thai)

## บทความวิจัย

ผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

Effect of Simulation-Based Learning Model for Nursing Practicum Preparedness for Patients with Congestive Heart Failure on Students' Satisfaction and Self-Confidence in Learning of the Third Year Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Dec 3, 2018  
Revised: Jan 18, 2019  
Accepted: Feb 18, 2019

พนารัตน์ วิสวาทพนมิตร ปร.ด. (Panarut Wisawatapnimit, Ph.D.)<sup>1</sup>  
อุบล สุทธิเนียม พย.ม. Ubol Suttineam, MSN)<sup>2</sup>  
จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล พย.ม. (Junjira Kiatseesakul, MSN)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในประเทศไทย เป็นจำนวนน้อย การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มและวัดผลหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อความพึงพอใจในการเรียนและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการเรียนและความมั่นใจในตนเองในการเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงกับหุ่นเสมือนจริงสูงให้กับกลุ่มตัวอย่างในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพึงพอใจในการเรียนและมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.88, SD = 0.21; Mean = 4.42, SD = 0.39 ตามลำดับ)

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา ก่อนที่นักศึกษาจะดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เพื่อให้ นักศึกษามีความพึงพอใจและมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกด้วย

**คำสำคัญ:** การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

<sup>1,2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 1Email: panarut.w@bcn.ac.th 2Email: ubol.s@bcn.ac.th

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี Email: kiatseesakuljunjira@gmail.com

<sup>1,2</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup>Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand



## Abstract

Simulation-based learning (SBL) is used extensively in nursing education both in Thailand and internationally. However, based on literature reviews, there are few studies about simulation-based learning in Thailand. The objective of this quasi-experimental research using one group posttest design was to examine effects of the simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self-confidence in learning of the 3<sup>rd</sup> year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Kolb's theory of experiential learning modified by Hall was adapted as the framework for this study. Samples were 32 third year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Research instruments were simulation-based learning model and questionnaires for examining students' satisfaction, and students' self-confidence in learning. Data were collected by managing simulation-based learning using high-fidelity simulation for samples in March 2017. After the SBL, samples answered the questionnaires. Data were analyzed using frequency, mean, and standard deviation.

The main findings found that samples learnt by using SBL for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure rated their satisfaction and self-confidence in learning at high levels (Mean = 4.88, SD = 0.21; Mean = 4.42, SD = 0.39, respectively).

Nursing education institutions should promote using SBL for preparing students prior they take care patients with complex health problems in order to facilitate students' satisfaction and confidence in learning and increase patients' safety.

**Keywords:** simulation-based learning, patient with congestive heart failure, nursing student

## บทนำ

ศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี อย่างรวดเร็วส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน และระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> จึงสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพปฏิรูปการเรียนรู้และยกระดับการอบรมและการศึกษา ทั้งนี้การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการปฏิบัติแก่ผู้เรียน สำหรับประเทศไทย สถาบันการศึกษาทุกแห่งจะกำหนดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้

จัดการศึกษาโดยยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ เน้นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา ภายใต้การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้ผู้เรียนคิดเป็น ทำเป็น เกิดความใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้สอนจะอำนวยความสะดวกในการจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม และสื่อการเรียนที่เหมาะสม<sup>2</sup> ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติและมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มี

คุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีทักษะ ศตวรรษที่ 21 จึงจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงก่อนที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จะฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ให้บริการบนหอผู้ป่วย

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based learning; SBL) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนวิธีหนึ่งที่มีแนวโน้มให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการคิด การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผ่านการออกแบบการเรียนรู้ที่กำหนดให้มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้จากการเผชิญปัญหา และการคิดวิเคราะห์โดยใช้ความรู้เป็นฐานนำไปสู่การแก้ไขปัญหา จนเกิดความมั่นใจที่จะไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพวิกฤตและซับซ้อนได้<sup>3</sup> ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จะช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดความปลอดภัย และช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เพื่อลดข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย อาทิเช่น ความไม่เพียงพอของจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพตามหลักสูตรกำหนดในช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติ ดังนั้น การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่สิ่งแวดล้อมของการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการนำการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมาใช้ในการฝึกทักษะทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อนประกอบด้วย การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ<sup>5</sup> การฟื้นคืนชีพ<sup>6</sup> และการพยาบาลระบบทางเดินหายใจ<sup>7</sup> ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง มีประโยชน์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้<sup>4</sup> ทักษะทางการพยาบาล<sup>4,6,8</sup> ทักษะการติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจทางคลินิก ความพึงพอใจ ความมั่นใจ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล<sup>9</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงกับหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง (High-fidelity simulation:

HFS) ช่วยให้นักศึกษามีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้กลยุทธ์การสอนแบบปกติ<sup>5,7</sup> และมีการคงอยู่ของความรู้มากกว่าการใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงต่ำ<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นจำนวนน้อย โดยมีการวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง<sup>10</sup> และมีการศึกษาวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤต-ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม<sup>11</sup> ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วย ในขณะที่ปัญหาหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่มีความชุกสูงในระบบบริการสุขภาพและต้องการการดูแลจากบุคลากรที่มีการตัดสินใจได้รวดเร็วและมีคุณภาพ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3<sup>12</sup> ซึ่งมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีภาวะวิกฤต ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จะฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักเป็นหลัก ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะมีอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร และพยาบาลพี่เลี้ยงของแหล่งฝึกสอนและนิเทศนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างใกล้ชิด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติในรายวิชานี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทางการศึกษาพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาที่นำการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมาใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาดำเนินการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อม ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลเฉพาะรายแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงระยะที่ 1 ของคณะผู้วิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้จะนำไปสู่การวางแผนการวิจัยและพัฒนาในระยะต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall<sup>7</sup> รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมจากการเรียนภาคทฤษฎี ขั้นที่ 2 คือ แนวคิดที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วย กรณีศึกษา และการใช้คำถามกระตุ้น ทั้งนี้ขั้นที่ 1 และ 2 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนรู้ภาคทฤษฎีในห้องเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 มาก่อนแล้ว ขั้นที่ 3 คือ การทดลองทำโดยตรง โดยใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง (HFS) และ ขั้นที่ 4 คือ การสังเกตเชิงสะท้อนคิดเป็นการสะท้อนคิดจากการสังเกต และการสรุปผลการปฏิบัติ (Debriefing) รวมทั้งประเมินความพึงพอใจในการเรียนและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อความพึงพอใจในการเรียนและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

### ระเบียบวิธีวิจัย

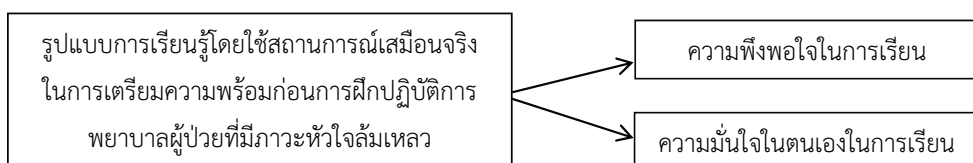
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม และวัดผลหลังการทดลอง (One group posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2559 จำนวน 118 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2559 ที่ลงทะเบียนเรียนและฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับมอบหมายจากอาจารย์ผู้ประสานงานวิชาการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ให้ฝึกปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หรือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 6 ข โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งหอผู้ป่วยเหล่านี้ จะรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



2. ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ยินดีเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัครวิจัยด้วยความสมัครใจ

ทั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก แต่เคยมีประสบการณ์ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย**

1. รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงและโจทย์สถานการณ์เสมือนจริงเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสร้างโดยคณะผู้วิจัยจากการศึกษาหลักสูตร การทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ (Pre-briefing phase) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงสูง (Simulated clinical experience phase: SCE phase) และ 3) ขั้นตอนการสรุปผลการปฏิบัติ (De-briefing phase) ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้และโจทย์สถานการณ์เสมือนจริงเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content of validity index: CVI) ของรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางด้านความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 0.91 สำหรับโจทย์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 0.89

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียน คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลจากแบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษา (Student

Satisfaction and Self-Confidence in Learning) ในส่วนของความพึงพอใจในการเรียน ซึ่งสร้างโดย National League for Nursing<sup>13</sup> โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการแปลและปรับเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก<sup>14</sup> แบบสอบถามนี้มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทุกข้อ โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนในระดับมาก แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงภายใน โดยค่าความเที่ยงภายในของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94<sup>15</sup> สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนทางด้านความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยงภายใน (Internal reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนในกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.71

2.3 แบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการเรียน คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลจากแบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการเรียนของนักศึกษา ในส่วนของความมั่นใจในตนเองในการเรียน ซึ่งสร้างโดย National League for Nursing<sup>15</sup> โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการแปลและปรับเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก<sup>14</sup> แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทุกข้อ โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนในระดับมาก แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงภายใน โดยค่าความเที่ยงภายในของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87<sup>15</sup> สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความมั่นใจในการเรียนทางด้านความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 0.88 และค่าความเที่ยงภายใน (Internal reliability) ของแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการเรียนในกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.78

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครวิจัยในทุกขั้นตอน โครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เลขที่ EC-01-02-2560 (โดยรับรองตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561) คณะผู้วิจัยมีการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และตอบคำถามทุกข้อของอาสาสมัครวิจัย เมื่ออาสาสมัครวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ จึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวของอาสาสมัครวิจัย ซึ่งอาสาสมัครวิจัยสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการเรียน มีการขออนุญาตอาสาสมัครวิจัยในการบันทึกเทปวิดีโอและไฟล์ภาพกิจกรรม เพื่อนำมาใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง นอกจากนี้ มีการใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-สกุลของอาสาสมัครวิจัย เพื่อการรักษาความลับของข้อมูลที่ได้ ซึ่งเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ทั้งนี้ การเผยแพร่ผลการวิจัย เป็นการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ แล้ว จึงประชาสัมพันธ์การวิจัยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับมอบหมายให้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ระหว่างวันที่ 8-26 มีนาคม 2560 มีนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 32 คน สมัครเป็นอาสาสมัครวิจัย

2. คณะผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครวิจัยทุกคน 1 วันล่วงหน้าก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที เพื่อชี้แจงลักษณะการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จริง การแบ่งบทบาทหน้าที่ของนักศึกษา และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่จะดำเนินการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม

ตัวอย่าง โดยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในวันที่ 8 มีนาคม 2560 ซึ่งเป็นวันปฐมนิเทศของการฝึกปฏิบัติการ มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 8 คนตามหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจะเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในห้องปฏิบัติการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เป็นระยะเวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาแต่ละกลุ่ม จะแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 4 คน โดยกลุ่มที่ 1 แสดงบทบาทหัวหน้าเวร จำนวน 1 คน หัวหน้าทีมการพยาบาล จำนวน 1 คน สมาชิกในทีมการพยาบาล จำนวน 1 คน และผู้จัดบันทึก จำนวน 1 คน สำหรับกลุ่มที่ 2 ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สังเกตการณ์นักศึกษาในกลุ่มที่ 1 แต่ละคน กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงประกอบด้วย 1) ขั้นตอน การแนะนำก่อนปฏิบัติ 2) ขั้นตอน การปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงสูง และ 3) ขั้นตอนการสรุปผลการปฏิบัติ

4. เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที แล้วเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 100.00

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูล ความพึงพอใจในการเรียน และความมั่นใจในตนเองในการเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.10 ค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงภาคการศึกษาที่ 1 ของชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 3.10 (เกรดเฉลี่ยต่ำสุด 2.68 และเกรดเฉลี่ยสูงสุด 3.51)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนโดยรวม

อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.88, SD = 0.21) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ สื่อการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงกระตุ้นและช่วยฉันในการเรียน และวิธีการที่ผู้สอนใช้สอนสถานการณ์เสมือนจริงเหมาะสมกับวิธี

การเรียนของฉัน (Mean = 4.94, SD = 0.24; Mean = 4.94, SD = 0.24 ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ วิธีการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ (Mean = 4.81, SD = 0.39) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 32)

ความพึงพอใจในการเรียน		Mean	SD
1.	วิธีการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ	4.81	0.39
2.	สถานการณ์เสมือนจริงให้สื่อการเรียนและกิจกรรมที่หลากหลายแก่ฉันเพื่อส่งเสริมการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของฉัน	4.91	0.29
3.	ฉันรู้สึกสนุกกับวิธีการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่ผู้สอนนำมาใช้	4.84	0.36
4.	สื่อการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงกระตุ้นและช่วยฉันในการเรียน	4.94	0.24
5.	วิธีการที่ผู้สอนใช้สอนสถานการณ์เสมือนจริงเหมาะสมกับวิธีการเรียนของฉัน	4.94	0.24
<b>รวม</b>		<b>4.88</b>	<b>0.21</b>

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในตนเองในการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 32)

ความมั่นใจในตนเองในการเรียน		Mean	SD
1.	ฉันมั่นใจว่าฉันเรียนรู้เนื้อหาของกิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงที่ผู้สอนนำมาสอนฉัน	4.41	0.49
2.	ฉันมั่นใจว่าสถานการณ์เสมือนจริงนี้ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็นต่อการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์	4.44	0.56
3.	ฉันมั่นใจว่าฉันได้รับการพัฒนาทักษะและได้รับความรู้ที่จำเป็นจากสถานการณ์เสมือนจริงนี้เพื่อนำไปปฏิบัติงานที่จำเป็นในคลินิก	4.47	0.50
4.	ผู้สอนของฉันใช้แหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการสอนสถานการณ์เสมือนจริง	4.47	0.56
5.	เป็นความรับผิดชอบของฉันในฐานะนักศึกษาที่จะเรียนรู้สิ่งที่ต้องรู้จากกิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงนี้	4.63	0.49
6.	ฉันรู้วิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อฉันไม่เข้าใจแนวคิดที่ครอบคลุมในสถานการณ์เสมือนจริง	4.34	0.62
7.	ฉันรู้วิธีการใช้กิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อเรียนรู้ลักษณะที่สำคัญของทักษะเหล่านี้	4.41	0.66
8.	เป็นความรับผิดชอบของผู้สอนที่จะบอกฉันถึงสิ่งที่คุณต้องเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหากิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงในช่วงเวลาเรียน	4.22	0.97
<b>รวม</b>		<b>4.42</b>	<b>0.39</b>

3. กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.42, SD = 0.39) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เป็นความรับผิดชอบของฉันในฐานะนักศึกษาที่จะเรียนรู้สิ่งที่ต้องรู้ จากกิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงนี้ (Mean = 4.63, SD = 0.49) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ เป็นความรับผิดชอบของผู้สอนที่จะบอกฉันถึงสิ่งที่ฉันต้องเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหากิจกรรมสถานการณ์เสมือนจริงในช่วงเวลาเรียน (Mean = 4.22, SD = 0.97) ดังแสดงในตารางที่ 2

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจในการเรียน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.88, SD = 0.21) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างมาก ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนกับวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง<sup>5,10</sup> เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเรียนรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สื่อการสอนที่ใช้ในสถานการณ์เสมือนจริงกระตุ้นและช่วยฉันในการเรียน และวิธีการที่ผู้สอนของฉันใช้สอนสถานการณ์เสมือนจริงเหมาะสมกับวิธีการเรียนของฉัน ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb<sup>15</sup> ที่เชื่อว่า การเรียนเป็นกระบวนการ โดยผู้เรียนจะสร้างความรู้ใหม่ผ่านประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้รับหรือสัมผัสโดยตรง และการช่วยให้ผู้เรียนสามารถซึมซับและสกัดสิ่งที่เรียนรู้ได้ ผู้สอนจะต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิดและกระบวนการสะท้อนคิด ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เพราะการเรียนรู้โดยวิธีนี้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนผ่านประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติการพยาบาลตามโจทย์สถานการณ์กับหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง ซึ่งเป็นสื่อที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่า ภายหลังการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนคิดว่า “รู้สึกตื่นเต้น” และ “รู้สึกดี สนุก” กับการเรียนโดยวิธีนี้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิด

เห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงผ่านหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง ช่วยให้เรียนรู้ได้กับหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงต่ำในรายวิชาอื่นมาก่อน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้เรียนที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสูงมีความพึงพอใจในการเรียนมากกว่า การเรียนการสอนโดยวิธีอื่น<sup>5,7</sup> ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง อาจเป็นเพราะว่าวิธีการเรียนการสอนแบบนี้สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) ที่ชอบการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีและการทำงานเป็นทีม ดังที่ Eckleberry-Hunt และ Tucciarone<sup>16</sup> เสนอแนะว่า กลยุทธ์การสอนที่ประสบความสำเร็จสำหรับผู้เรียนในช่วงอายุนี้นี้ คือ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนแบบร่วมมือ การอภิปรายกลุ่ม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสะท้อนคิด

2. ความมั่นใจในตนเองในการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.42, SD = 0.39) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา<sup>4,5,7,8,11,17</sup> ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองในการเรียนด้วยวิธีการนี้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในภาคทฤษฎีมาก่อนแล้ว จึงทำให้สามารถนำความรู้จากการเรียนมาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจากคณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนก่อนล่วงหน้า ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการเรียนด้วยวิธีนี้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb ที่ Hall<sup>7</sup> นำมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายกระบวนการสร้างความรู้จากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางการศึกษาพยาบาลที่ว่า การที่ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมและแนวคิดที่เป็นนามธรรมจากการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เรียนในชั้นเรียนโดยการสอนของผู้สอนมาก่อน แล้วจึงมาผ่านกระบวนการทดลองทำโดยตรงจากการ

เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงและการสะท้อนคิดโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ กระบวนการเหล่านี้สามารถสร้างความรู้ให้กับผู้เรียนได้จึงทำให้มีความมั่นใจในการเรียนมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม ช่วยส่งเสริมความซื่อสัตย์และการให้ข้อมูลตามจริง 2) ด้านความรู้ โดยเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ด้านทักษะทางปัญญา ช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาลและการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ช่วยให้ผู้เรียนทราบบทบาทหน้าที่ของทีมการพยาบาลและเพิ่มพูนทักษะการทำงานเป็นทีม 5) ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยเพิ่มพูนทักษะการคำนวณยาตามแผนการรักษาของแพทย์ให้กับผู้ป่วยเพื่อเตรียมยาได้อย่างเหมาะสม และทักษะการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ช่วยเสริมสร้างทักษะการประเมินสภาพและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะเห็นว่า เมื่อพิจารณาการประเมินความมั่นใจในการเรียนรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า มีความมั่นใจว่าได้รับการพัฒนาทักษะและได้รับความรู้ที่จำเป็นจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อนำไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยได้ (Mean = 4.47, SD = 0.50) ซึ่งผลของความมั่นใจในตนเองในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถส่งเสริมความมั่นใจในตนเองของผู้เรียน<sup>4,5,7,8,11,17,18</sup> และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ กระบวนการสะท้อนคิดในชั้นสรุปผลการปฏิบัติยังสามารถช่วยพัฒนาทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษา<sup>19</sup> ทำให้เกิดความมั่นใจในการเรียนและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้มากขึ้นอีกด้วย

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จำนวน 32 คน และเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Conve-

nient sampling) ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนหุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร และข้อจำกัดทางด้านเวลาของการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่มีวันปฐมเทศในวันแรกของการฝึกภาคปฏิบัติเพียงวันเดียว ดังนั้น จำนวนและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดอาจส่งผลต่อการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร และสถาบันการศึกษาพยาบาลควรมีการนำรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงนี้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งมีการเพิ่มเติมโจทย์สถานการณ์เสมือนจริงอื่นๆ ที่สอดคล้องกับลักษณะวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลวิชาอื่นๆ ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจในการเรียนและความมั่นใจในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและซับซ้อน

2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมากขึ้น ทั้งนี้ในการเรียนการสอนโดยวิธีนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงความพร้อมใช้ ความเพียงพอและความเสมือนจริงสูงของปัจจัยสนับสนุนในการเรียน เช่น หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง อุปกรณ์ที่สอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์และเสมือนจริง ห้องปฏิบัติการเสมือนจริงที่มีมาตรฐานและมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมือนกับแหล่งฝึก เช่น หอผู้ป่วย หรือบ้านของผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการพัฒนาอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนที่เกี่ยวข้องให้มีสมรรถนะในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาดูผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ได้



2. ควรมีการศึกษผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ความรู้ ทักษะทางการพยาบาล และการตัดสินใจทางคลินิก รวมทั้ง ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เช่น ลักษณะการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อช่วยพัฒนาการเรียนรู้วิธีนี้ให้มีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรที่กำหนดได้

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการทำให้การวิจัยครั้งนี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดี

## References

1. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Office of the Council of State. National Education Act B.E. 2552 and B.E.2553. [cited 2016 Oct 20]. Available from <https://www.mwit.ac.th/~person/01-Statutes/NationalEducation.pdf> (in Thai).
3. Kanhadilok S, Punsumreung T. Simulation based learning: Design for nursing education. Journal of Nursing and Education 2016;9(1);1-14. (in Thai).
4. Norman J. Systematic review of the literature on simulation in nursing education. ABNFJ. 2012;23(2);24-8.
5. Younis GA, Al-Metyazidy HA. Effectiveness of high fidelity simulation versus traditional clinical teaching strategies on undergraduate nursing students' achievement. Int J Nurs Didactics 2013;6(07):1-13.
6. Aqel AA, Ahmed MM. High-fidelity simulation effects on CPR knowledge, skills, acquisition, and retention in nursing students. Worldviews Evid Based Nurs 2014;11(6);394-400.
7. Hall RM. Effects of high fidelity simulation on knowledge acquisition, self-confidence, and satisfaction with baccalaureate nursing students using the Solomon-four research design [Electronic Doctoral dissertation]. Johnson City: East Tennessee State University; 2013. [cited 2016 Oct 20]. Available from <http://dc.etsu.edu/etd>
8. Robinson D. High-fidelity nursing simulation: Impact on student self-confidence and clinical competence [Unpublished master thesis]. Muncle: Ball State University; 2013.
9. Hsin-Hsin L. Effectiveness of simulation-based learning on student nurses' self-efficacy and performance while learning fundamental nursing skills. Technol Health Care 2016;24(s1);S369-75.
10. Lertlum L, Tanasansutee C, Thongnit, M. Development of simulation based learning. In Proceeding of the 3rd Rajabhat University National Conference; 2014 Dec 17-18; Phuket, Thailand. 2014. p. 279-90. (in Thai).
11. Kumkong M, Leejareon P, Aramrom Y, Jitviboon A. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy in providing nursing care for advanced life support to patients with critical illness or emergency condition among nursing students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(3);52-64. (in Thai).

12. Praboromarachanok Institute, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Program specification of Bachelor of Nursing Science (Revised in 2012). [Unpublished document]; 2012. (in Thai).
13. National League for Nursing. Descriptions of available instruments. [Internet]. 2005 [cited 2016 Dec 5]. Available from <http://www.nln.org/professional-development-programs/research/tools-and-instruments/descriptions-of-available-instruments>
14. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 5]. Available from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
15. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *AMLE*. 2005;4(2);193-212.
16. Eckleberry-Hunt J, Tucciarone J. The challenges and opportunities of teaching “generation y”. *J Grad Med Educ*. 2011;3(4);458-61.
17. Chiannikulchai N, Tengkiattrakul S. The effect of training in operating room by using real operating room simulation on perioperative technical skill of nursing students. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016;36(1);55-66. (in Thai).
18. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: Implementation to learning and teaching management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(1);29-38. (in Thai).
19. Tapaneeyakorn W, Anonrath K. Guideline for developing clinical reasoning for nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(3);155-67. (in Thai).



## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีความยินดีขอเชิญบุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ และนักวิจัย ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลและการศึกษาพยาบาล เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวิจัยสุขภาพและการพยาบาล โดยผลงานที่ส่งมาต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ เพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

### ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ/บทความวิจัย

การเตรียมต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด วินโดว์ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 pt ใช้กระดาษ A4 เว้นขอบด้านละ 1 นิ้ว และมีเลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยไม่ต้องจัดเป็น 2 คอลัมน์ ทั้งต้นฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวของบทความวิชาการ/บทความวิจัย รวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง **ไม่เกิน 14 หน้า**

1. **ชื่อเรื่อง** พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 20 pt ตัวหนา และมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษขอให้พิมพ์ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรอังกฤษตัวใหญ่ของทุกคำ (capital letter)

**ตัวอย่าง:** Whether or not Multiple Risk Behaviors in Thai Adolescents is Preventable?

2. **ชื่อผู้เขียน** พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.) ญาติชื่อเรื่อง ขีดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้นิพนธ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

3. **บทคัดย่อ (Abstract)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษาจำนวนไม่เกิน 350 คำ เขียนเป็นความเรียงสรุปสาระสำคัญของประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด /ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 2** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลในตารางหรือกราฟ และข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

**ส่วนที่ 3** ให้เขียน คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค บทคัดย่อที่เป็นภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

## (II)

### เชิงอรรถของหน้าแรกประกอบด้วย

1. แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง Email ของผู้นิพนธ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับลำดับตามชื่อที่ระบุตามข้อ 2 ชื่อผู้นิพนธ์
3. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้ที่อยู่ในบทบาทนั้น
4. ระบุสถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน ที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ

### ตั้งตัวอย่าง

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Corresponding author<sup>1</sup>ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี <sup>1</sup>Email: atiya\_s@hotmail.com

<sup>2,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี,

<sup>2</sup>Email: sreyasak@hotmail.com, <sup>3</sup>Email: neng\_pck@hotmail.com

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวรรดิ์, Email: Drongmung@gmail.com

<sup>1,2,3</sup>Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Phetchaburi, Thailand

<sup>4</sup>Boromarajonani College of nursing Jakkiraj

## 4. ส่วนประกอบของเนื้อหา

### 4.1 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2) บทนำ (Introduction)
- 3) เนื้อเรื่อง (กำหนดหัวเรื่องตามสาระที่ต้องการนำเสนอ)
- 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implementation)
- 5) บทสรุป (Conclusion)
- 6) เอกสารอ้างอิง (References)

### 4.2 บทความวิจัย ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2) บทนำ (อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา)
- 3) กรอบแนวคิดการวิจัย
- 4) วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)
- 5) สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 6) ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) อธิบายเกี่ยวกับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- 7) ผลการวิจัย (Result)
- 8) อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

### (III)

- 9) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Implementation)
- 10) ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Future Study)
- 11) เอกสารอ้างอิง (References) ตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

#### 5. รูปแบบการพิมพ์

- การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากแนวหัวข้อใหญ่ 5 ตัวอักษร และเมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่อีกให้พิมพ์เว้นระยะเพิ่มอีกโดยใช้คำสั่ง add space after paragraph
- ระยะห่างระหว่างบรรทัดเท่ากับ single space
- ย่อหน้าระยะห่างจากขอบซ้าย  $\frac{3}{4}$  นิ้ว
- การพิมพ์ตัวเลขทั้งหมดใช้เลขอารบิก
- ข้อความภาษาอังกฤษที่แทรกในเนื้อหาให้พิมพ์ตัวเล็ก ยกเว้นคำศัพท์เฉพาะ
- การใช้คำย่อ ขอให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อเดียวกันทั้งฉบับ

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา สำหรับตัวเลขในเอกสารอ้างอิงทำบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับให้ใช้การระบุตัวเลข ดังตัวอย่าง 1,3-5 โดยในที่นี้ได้ยกตัวอย่างการอ้างอิงที่ใช้บ่อย ดังนี้

##### 1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใด ๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma -,) และตามด้วย et al.

รูปแบบการเขียน ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

- กรณีที่อ้างอิงจากบทความที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษใช้หลักการเดียวกับการเขียนแบบผู้แต่งชาวต่างประเทศ โดยลงท้ายการอ้างอิงว่า (in Thai) ในทุกเอกสารภาษาไทยที่อ้างอิงให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและทำเช่นเดียวกัน

ตัวอย่าง: ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน

Brahma DK, Wahlang JB, Marak MD, Sangma M. Adverse drug reactions in the elderly.  
J Pharmacol Pharmacother 2013;4(2):91-4.

(IV)

**ตัวอย่าง:** ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

**ตัวอย่าง:** บทความภาษาไทย

Supwirapakorn W. The way of life of the youths in foster home: A phenomenological study. Journal of Education 2008;19(1):109-22. (in Thai).

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks)

2.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราทั้งเล่ม

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication):สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year).

**ตัวอย่าง:**

Powwattana A. Teenage Pregnancy Prevention: Concepts, Theories, and Evidence Based Synthesis. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Protexst; 2018. (in Thai)

2.2 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in book)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editors. ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

**ตัวอย่าง:**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

(V)

### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทหรือระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

#### ตัวอย่าง:

Samorrhaphum C. Causal factors and guidelines to prevent drinking alcohol behavior of adolescent students in the Northeast [doctoral's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in Thai).

### 3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

#### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

#### ตัวอย่าง:

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

### 4. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นรายงานทางวิชาการ (Technical/Scientific Report)

#### 4.1 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน

#### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน

#### ตัวอย่าง:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AH CPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

(VI)

5. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้รับการตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). รอตีพิมพ์ (In press) ปีที่พิมพ์ (Year).

ตัวอย่าง:

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

6.1 การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from <http://.....>

ตัวอย่าง:

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

6.2 การอ้างอิงฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cite ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง:

Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)



## (VII)

### การพิจารณาบทความ

บทความวิชาการและบทความวิจัยที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์นั้น จะได้รับการพิจารณากลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน หลังจากนั้นจะทำการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้นิพนธ์ทราบ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้แก้ไข จะทำการแจ้งให้ผู้นิพนธ์รับไปแก้ไขหรือเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจนเป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงจะรับเข้าตีพิมพ์

### ข้อกำหนดในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ โดยบทความภาษาไทย 3,000 บาท/เรื่อง และบทความภาษาอังกฤษ 5,000 บาท/เรื่อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ โดยผู้นิพนธ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบและขอให้ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้าบัญชีวารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 051-220811-0 สาขาโรงพยาบาลราชวิถี และส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่โทรสาร (Fax.) เบอร์ 02-354-8251 (งานวารสาร-อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข) ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้ทำการพิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวให้แก่ผู้นิพนธ์

### ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้นิพนธ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB

2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ (ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรติดต่อ, ผลงานที่ผ่านมา

3. ลงทะเบียนสมาชิก มีขั้นตอนดังนี้

3.1 เข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/> เลือกคลิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ หรือ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

3.2 สร้าง Username / Password

3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)

3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email

4. การส่งต้นฉบับบทความวิชาการ/วิจัย มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก

- คลิก Author ใน User home

- Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

- Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

(VIII)

- Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and Abstract, Index terms เป็นต้น
- Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป
- Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ

5. **รอดตรวจสอบสถานะ** การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ โดยเข้าระบบ คลิก Active submission กรณี ตอบรับ **ไม่แก้ไข** รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร  
กรณี ตอบรับ **มีแก้ไข** ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำและอัปโหลดไฟล์บทความ **ภายใน 2 สัปดาห์**  
กรณี **ปฏิเสธ** สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร

**การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล**

ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 02-354-8241-2 ต่อ 3405 (งานวารสาร – ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา)

082-493-5666

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th