วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล
Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)
ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563 Vol. 36 No. 2 May-August 2020

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล
ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร.ณัฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.กลีบแก้ว จันทร์หงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.ปฐมาภรณ์ ทองเติม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400
โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405
โทรสาร 0-2354-8251
e-mail: journalbcn@bcn.ac.th
website https://he01.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

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ฝ่ายจัดการวารสาร
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
อาจารย์ศศิวิมล บูรณะเรข
ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

พิมพ์ที่
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612
cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล
Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563 Vol. 36 No. 2 May-August 2020 ISSN 2697-5041 (Online)
ISSN 2730-1893 (Print)

1.	ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.	ดร.วิไล นาป่า	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3.	ผศ.ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4.	ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์	นักวิชาการอิสระ
5.	ผศ.ดร.วรรณา พาหุวัฒนกร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6.	ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
7.	ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
8.	ดร.อัญชนา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
9.	ดร.นุสรา นามเดช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
10.	ดร.ปณิชา พลพินิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11.	ผศ.ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
12.	ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
13.	ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
14.	ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
15.	ดร.จันทร์จิรา สีสว่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
16.	ดร.อรวรณ แผนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
17.	ผศ.ดร.วารี กังใจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
18.	ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
19.	รศ.ดร.จิณพิชญ์ชา มะมม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
20.	ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
21.	ดร.พรเลิศ ชุมชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
22.	ดร.ณัฏฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23.	ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
24.	ดร.ฐิติวรรณ โยธาทัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
25.	ดร.นงนุช วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
26.	รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
27.	พันเอกหญิง ผศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
28.	ดร.วิราวรรณ์ คำหวาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
29.	ดร.กลีบแก้ว จันทร์หงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
30.	ดร.ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
31.	ดร.สุชีวา วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
32.	ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
33.	พันเอกหญิง ผศ.ดร.ปราณี อ่อนศรี	สำนักงานปฏิบัติภารกิจรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก
34.	ผศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
35.	ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36.	ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563

บทความวิจัย

รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริม ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล 1
ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ วิชัย เสวกงาม กัญญดา ประจุศิลป

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี 15
นิราศศิริ โรจนธรรมกุล จิราวรรณ กล่อมเมฆ จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 26
เพ็ญศรี รักษ์วงค์ กรแก้ว สุขวานิชย์เจริญ จริยา เรียนวาที

การพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล 38
จุฑารัตน์ บันดาลสิน ดนุลดา จามจุรี มนัส บุญประกอบ สายสมร เฉลยกิตติ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษา ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 50
ศศิธร ตันติเอกรัตน์

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และการดูแลในเชิงสหสาขาวิชาชีพ 62
พิราลักษณ์ ลาภหลาย ดาราณี นงค์เยาว์ มารศรี ปิ่นสุวรรณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ตามการรับรู้ของหัวหน้างาน การพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 77
นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นฤมล ปทุมารักษ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 95
จารุวรรณ ก้านศรี ชุติมา มาลัย นภัทร เตี๋ยอนุกูล ภัทรวดี ศรีนวล นภัสสร ยอดทองดี

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 108
ณัฐธยาน์ ปิ่นเมือง สุทธีพร มูลศาสตร์ นพวรรณ เปียซื่อ

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง 122
ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์ อาภาพร เผ่าวัฒนา นฤมล เอื้อมณีกูล

ประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ 140
สฤษดิ์เดช เจริญไชย สุดคนึง ฤทธิ์ฤชัย มาสริน ศุกลปักษ์ โกเมนทร์ ทิวทอง จารุณี จันทร์เพชร

การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 149
วรัญญา กมลคร สุทธีพร มูลศาสตร์ นพวรรณ เปียซื่อ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จังหวัดพิจิตร 164
ฐิติพร ส่งสังข์ ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชาย ในเขตกรุงเทพมหานคร 177
ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ นฤมล เอื้อมณีกูล อาภาพร เผ่าวัฒนา

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563

ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพต่อทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ 190
อัศนี วันชัย วรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ อัญชลี แก้วสระศรี
ดวงพร หุ่นตระกูล นันทวรรณ ธีระพงศ์ มณฑา อุดมเลิศ

การตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร 202
อนุกูล หุ่นงาม บุรณี กาญจนถวัลย์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม 212
ปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง วีระเดช เฉลิมพลประภา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร 225
สุดารัตน์ มหาโคตร กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม จริยาวัตร คมพยัคฆ์

ผลของการใช้บทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล 234
จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ ดวงดาว อุบลแย้ม

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการ เวิลด์คาเฟ่ ต่อผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล 243
มณีรัตน์ เทียมหมอก นิภาพร อภิสิทธิวาสนา

บทความวิชาการ

ผลกระทบโรคระบาด COVID-19: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล 255
สายสมร เฉลยกิตติ จินตนา อาจสันเที๊ยะ มักเดลานา สุภาพร ดาวดี

พยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21: แนวทางการพัฒนาเพื่อบรรลุผลการเรียนรู้ของผู้เรียน 263
นันทกา สวัสดิพานิช พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัย 273
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วรรณวดี ณภัค พัชรี ใจการุณ

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา 286
ดวงฤทัย ไพรบึง

Content
Volume 36 Number 2 May-August 2020

Research Articles

Development of Instructional Model Based on Design Thinking and Reflective Practice Approaches to Enhance Nursing Innovation Abilities of Nursing Students 1
Chayaporn Ekthamasuth Wichai Saweknga m Gunyadar Prachusilpa

Social Activities Participation of Elder Persons in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province 15
Nirassiri Rojanadhamkul Jirawan Klommek Jarurat Sriratanaprapat

The Effect of Knowledge Management Based Clinical Nursing Practice Guidelines on Prevention of Chemotherapy-Induced Neutropenia in Cancer Patients 26
Pensri Rukwong Kornkaew Sukwanichchareon Chariya Rianwathi

Developing the Patient Safety Awareness Competency Framework for Nursing Students 38
Jutarat Bandansin Danulada Jamjuree Manat Boonprakob Saisamorn Chaleoykitti

The Effects of Health Literacy and Social Support Promotion Program among Overweight Primary School Students, Khlong Luang District, Pathumthani Province 50
Sasitorn Tantiekkarat

Pre-Postoperative Nursing Care in Colorectal Cancer with Colostomy Procedure Patients Collaborative with Multidisciplinary Team: Clinical Nursing Practice Guideline Utilization 62
Piraluk laplai Daranee Nongyoi Marasri Pinsuwan

Factors Influencing Innovation Performance in Nursing Organizations as Perceived by Head Nurses of Community Hospitals under the Ministry of Public Health 77
Nitaya Thanomsaksri PhechnoySingchangchai NarumonPathumarak

Effectiveness of a Mental Health Promotion Program on the Mental Health among Older Adults 95
Jaruwan Kansri Chutima Mdalai Napat teianukool Pattarawadee Srinuan Napatsorn Yodthongdee

The Development of a Hypertension Prevention Pattern for Risk Group of Mon Ethnicity in Sangkhlaburi District, Kanchanaburi Province 108
Natthaya Pinmueng Sutteeporn Moolsart Noppawan Piaseu

The Effect of Motivation Formation Program with Mobile Technology for Health to Prevent Cardiovascular Disease in High Risk Group 122
Natchayaporn Tangdo Arpaporn Powwattana Naruemon Auemaneekul

Experiences of Transformational Leadership in Primary Health Care System of Multidisciplinary Health Care Team 140
Sariddet Charoenchai Sudkhanoung Ritruechai Masarin Sukolpuk
Komain Tewtong Jarunee Chanphet

The Development of a Care Model according to Food Consumption Culture for Patients with Chronic Kidney Disease in a Community at Kalasin Province 149
Waranya Kamonlakorn Sutteeporn Moolsart Noppawan Piaseu

The Effects of Promoting Knee Exercise Program for Pain Relief by Thai Traditional Medicine among the Elderly with Knee Osteoarthritis Symptoms, Phichit Province 164
Thitiporn Songsang Sarunya Benjakul Mondha Kengganpanich

Content
Volume 36 Number 2 May-August 2020

Factors Predicting HIV Preventive Behaviors among Male Youths Who Have Sex with Men in Bangkok 177
Panjarut Laisuwannachart Naruemon Auemaneekul Arpaporn Powwattana

The Effects of the Interprofessional Education Program on Attitudes towards Multidisciplinary Work among Students of Allied Health Science Programs 190
Ausanee Wanchai Vannapa Prathumtone Panarat Chenchob Anchalee Kaewsasri
Duangporn Hoontrakul Nantawan Teerapong Montha Udomlerd

Decision on Working for Government Organizations after Graduation of Nursing Students under the Ministry of Public Health in Bangkok Metropolis 202
Anugool Hoonngarm Buranee Kanchanatawan

The Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Prevention of Preterm Labor at the Antenatal Care Unit, Nakhonpathom Hospital 212
Panuttita Khoonboonyung Veeradej Chalermpolprapa

Factors Related Health Promoting Behaviors in Elderly People: A Case Study in a Crowded Community, Bangkok 225
Sudarat Mahakote Kamontip Khungtumneam Jariyawat Kompayak

Effects of Using Interactive E-learning Lessons in Students' Health Examination Topic among Nursing Students' Learning Achievement 234
Jeeraporn Chuencham Prapai kittiboonthawal Daungdao Ubolyaem

Effectiveness of World Café Instructional Model on Learning Achievement and Happiness in Learning of Nursing Students. 243
Maneerat Thiammok Nipaporn Apisitwasana

Articles

The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing 255
Saisamorn Chaleoykitti Jintana Artsanthia Magdalena Supaporn Daodee

Nurse Preceptors in the 21st Century: Recommendations for Achieving Learning Outcomes of Learners 263
Nantaga Sawasdipanich Piriyalux Sirisupluxana

Collecting Qualitative Data in Vulnerable Groups: Case Study as Research Methods 273
Prangthip Thasanoh Elter Wanwadee Napark Patcharee Jaigarun

Stress and Coping in Older Adults with Diabetic: Case Study 286
Duangruethai Phraibueng

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาลเป็นวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563- 31 ธันวาคม 2567 เป็นกลุ่มที่สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 2 มีบทความทั้งหมด 24 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่คุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางการพยาบาลปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพในโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และการศึกษาทางการพยาบาลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการระบาดของโรค COVID-19 มาตีพิมพ์เผยแพร่ และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านทุกบทความในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสาร โดยผู้ที่สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเวปไซต์ของวารสารหัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับใน https://drive.google.com/file/d/1ItZZk0nUACaaYk0qVwT7_wJrzUjzl3wq/view แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

Development of Instructional Model Based on Design Thinking and Reflective Practice Approaches to Enhance Nursing Innovation Abilities of Nursing Students

Received: Feb 18, 2020
Revised: Feb 24, 2020
Accepted: Mar 2, 2020

ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ พย.ม. (Chayaporn Ekthamasuth, MSN)[1]
วิชัย เสวกงาม ค.ด. (Wichai Saweknga m, Ph.D.)[2]
กัญญดา ประจุศิลป Ph.D. (Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การพัฒนาความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลนำความคิดสร้างสรรค์ร่วมกับแรงบันดาลใจในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมที่สะท้อนถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบการให้คำนิยามและการกำหนดองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) ระยะที่ 2 การสร้างและประเมินรูปแบบการเรียนการสอน ประกอบด้วย รูปแบบการเรียนการสอน คู่มือ และแผนการจัดการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรการเรียนการสอนและการวัดประเมินผล จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ได้รับทุนจาก "ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย"กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

[1]นิสิตระดับการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: chayaporn.ek@gmail.com

[2]Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Email: wichai.s@chula.ac.th

[3]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ Email: drgunyadar@gmail.com

[1,2]Education faculty, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

[3]Nursing faculty, Saint Louis University, Bangkok, Thailand

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมและสร้างแรงบันดาลใจ 2) การศึกษาข้อมูลและระบุประเด็นปัญหา 3) การสืบค้นข้อมูลและทวนสอบแนวทางการแก้ปัญหา 4) การสร้างและตรวจสอบต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล และ 5) การเผยแพร่และสะท้อนการเรียนรู้ ผลการประเมินรูปแบบการเรียนการสอน พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, SD = 0.13) ผู้สนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนการสอนนี้ไปใช้ ควรศึกษาคู่มือการใช้รูปแบบการเรียนการสอนอย่างละเอียด เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนบรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนการสอน, การคิดเชิงออกแบบ, การสะท้อนคิดการปฏิบัติ, ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล

Abstract

Developing the ability to create nursing innovations would be driving force for individuals. This leads to their creativity together with inspiration to create and develop innovation indicating their uniqueness of the nursing profession.

The main purpose of this study was to develop an instructional model based on design thinking and reflective practice approaches for enhancing nursing innovation abilities among nursing students. Research process consisted of 2 phases: 1) Assessing preliminary data to develop the instructional model; 2) Constructing and evaluating the instructional model (R1) including instructional model, manuals for instructional model use, and learning management plan. Sample included 5 experts in curriculum and evaluation for investigating content validity and appropriateness of tools. Research instruments were the consistency index of instructional model appropriateness, and related literature. Data were analyzed using mean and standard deviations.

The results were as follows. The process of the instructional model consisted of 5 stages: 1) Preparing and inspiring; 2) Assessing data and identifying problems; 3) Searching for information and verifying solutions; 4) Creating and Inspecting the innovation prototypes; and 5) Disseminating and reflecting for learning activities. The instructional model was appropriate at the highest level ($\bar{X}$ = 4.67, SD = 0.13). It is suggested that individuals interested in the instructional model should study its manual thoroughly to achieve the objectives of the model.

Keywords: instructional model, design thinking, reflective practice, nursing innovation ability

บทนำ

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้มีความทันสมัย มีการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านต่าง ๆ มาใช้ในการรักษา อีกทั้ง ผู้ป่วยและญาติมีการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์สะดวกและง่ายมากขึ้น ทำให้เกิดความคาดหวังต่อการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ระบบการประเมินและประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) มีส่วนผลักดันให้องค์กรพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดการแข่งขันด้านคุณภาพบริการ มีการเปรียบเทียบมาตรฐานในแต่ละโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นที่จะพัฒนาความรู้และทักษะให้มีสมรรถนะขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถสร้างหรือพัฒนา รวมทั้งใช้นวัตกรรมการพยาบาล เพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานของวิชาชีพ

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ เป็นทีมสุขภาพที่มีจำนวนมาก และเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย รวมทั้งสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด[1] รับทราบปัญหาและต้องทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือแนวทางการพยาบาลให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่องค์กรพยาบาลพยายามส่งเสริมและผลักดันให้เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงและพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล[2] สอดคล้องกับ White Pillay และ Huang[3] ที่กล่าวว่า “พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ในสถานะที่เหมาะสม (well-positioned) ในการสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ เพราะได้เห็นและรับทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ได้ดูแลทุกวัน มีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย” ดังนั้น การผลิตพยาบาลให้มีคุณภาพตามความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังต้องส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล

ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลเป็นความสามารถที่แสดงถึงกระบวนการใช้ความรู้พื้นฐานและความรู้ทางวิชาชีพ นำความคิดสร้างสรรค์ไปสู่การสร้างหรือพัฒนาผลงานที่สร้างสรรค์ในรูปผลิตภัณฑ์ กระบวนการหรือแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เทคนิคหรือหัตถการในการให้บริการ กิจกรรมการบริการทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล[4-6]ประกอบด้วย 1) การใช้ความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในการสร้างและพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมใหม่ ๆ ขึ้นมา 2) แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่จะผลักดัน ในการค้นหารูปแบบหรือวิธีการที่แปลกใหม่เพื่อให้เกิดนวัตกรรม และ 3) กระบวนการหรือการปฏิบัติในการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรม[7] การพัฒนาความสามารถในการสร้างนวัตกรรมต้องอาศัยปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดความคิดสร้างสรรค์ แรงจูงใจในการสร้างและพัฒนานวัตกรรม ซึ่งแนวคิด ทฤษฎี ที่ส่งเสริมกระบวนการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ได้แก่ การคิดเชิงออกแบบ (Design thinking approach) เป็นแนวคิดที่นำกระบวนการคิดที่ใช้ในการเข้าใจปัญหาที่ซับซ้อน “wicked problem” อย่างลึกซึ้งกับคนที่ต้องการแก้ปัญหาหรือเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (human-centered design) จนเกิดแรงบันดาลใจในการออกแบบแนวทางการแก้ปัญหา มีการนำความคิดสร้างสรรค์และมุมมองของคนที่หลากหลาย มาสร้างแนวทางการแก้ปัญหาหรือนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้และสถานการณ์นั้น ๆ อย่างแท้จริง[8]

จากหลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบสามารถนำมาเป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลได้ แต่พบว่ายังมีช่องว่าง (gap) ของการใช้เหตุผลภายใต้ความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลในการตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาการพยาบาล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการออกแบบนวัตกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและไม่ขัดต่อมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัย

จึงได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่จะนำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานร่วมสนับสนุนในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ซึ่งได้แก่ แนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (reflective practice approach)

การสะท้อนคิดการปฏิบัติเป็นการตรวจสอบพื้นฐานความคิดและมุมมองที่มีอยู่เดิม สะท้อนตนเองอย่างไตร่ตรองและเรียนรู้ผ่านการกระทำพร้อมกับการสะท้อนคิดต่อการกระทำด้วยการวิพากษ์ นำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ ไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและวิชาชีพต่อไป[9]

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการเรียนการสอนที่มีลักษณะและขั้นตอนเฉพาะของรูปแบบที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปสร้างงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เกิดคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล เป็นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศและยั่งยืนตลอดไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

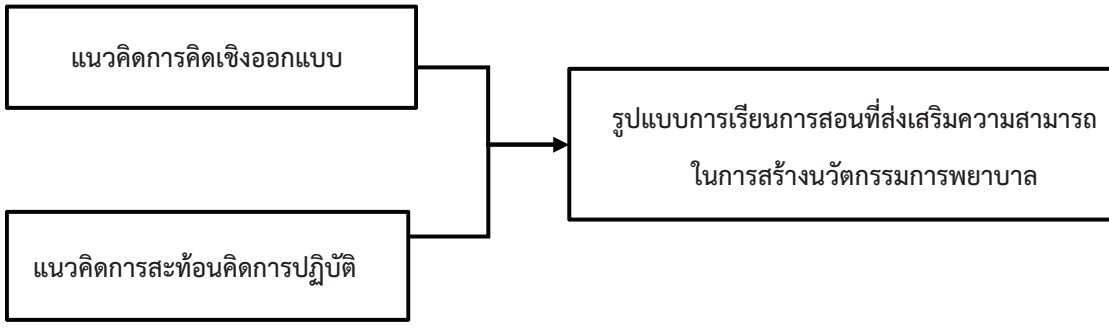
การวิจัยครั้งนี้บูรณาการหลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา (Research and development) รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยกระบวนการวิจัยทั้งหมด แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ในบทความฉบับนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอ 2 ระยะ ซึ่งเป็นส่วนของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (R1) และระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาและรับรองรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล (D1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (R1) มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 ศึกษาแนวโน้มความต้องการ สภาพปัญหาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ ในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาในการวิจัย

1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาการวิจัย ได้แก่ การส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้พิจารณาองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลแล้วดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่จะนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ได้แก่ แนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ

แหล่งข้อมูล ได้แก่ เอกสาร ตำรา บทความ หนังสือ งานวิจัยและเวปไซต์ที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อนิยามและวิเคราะห์องค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล

2. ตรวจสอบและยืนยันคำนิยามและองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล วิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล จำนวน 12 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์สอนหรือนิเทศนักศึกษาพยาบาลในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล จำนวน 6 คน 2) อาจารย์พยาบาล/พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์สร้างนวัตกรรมการพยาบาล จำนวน 2 คน 3) อาจารย์พยาบาล/ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมการพยาบาล จำนวน 2 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการประเมินและตัดสินนวัตกรรมการพยาบาล จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ “นวัตกรรมการพยาบาล” “ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล” และองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลในลักษณะของการประเมินความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) โดยข้อที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ถือว่าเหมาะสมแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สามารถนำใช้ได้ ส่วนข้อที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ถือว่าไม่เหมาะสมอาจตัดทิ้งหรือปรับปรุง แก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ “ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล” และองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในลักษณะการประเมินความสอดคล้องของการให้คำนิยามความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล และองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล รวมทั้งการให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ

2) ผู้วิจัยรวบรวมผลการประเมินและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาวิเคราะห์ หาค่า IOC เพื่อพิจารณาความสอดคล้อง คัดเลือกข้อที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ

3. กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยนำข้อมูลและสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ในข้อ 1-2 มากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยมี

แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ได้แก่ แนวคิดการคิดเชิงออกแบบและแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (D1)

ผู้วิจัยนำข้อมูลและสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์ในระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐานและแนวทางในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ยกร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล โดย

1.1 ศึกษาแนวคิดการคิดเชิงออกแบบและแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ วิเคราะห์หลักการของทั้ง 2 แนวคิด หลังจากนั้นสังเคราะห์หลักการของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล โดยบูรณาการหลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับหลักการของรูปแบบการเรียนการสอน

1.3 นำหลักการและวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอนมาวิเคราะห์ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มากำหนดขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน พฤติกรรมการเรียนการสอนตามบทบาทผู้สอนและบทบาทผู้เรียน

1.4 กำหนดแนวทางการวัดประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน

2. นำรูปแบบการเรียนการสอน (ฉบับร่าง) คู่มือการใช้รูปแบบการเรียนการสอนและแผนการจัดการเรียนรู้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาและด้านการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรและการสอน การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จำนวน 5 คน เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยและพัฒนาหลักสูตร จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน (รายละเอียดดังกล่าวมีความถูกต้อง และเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด) จนถึง 5 คะแนน (รายละเอียดดังกล่าวมีความถูกต้องและเหมาะสมในระดับมากที่สุด) ประเมินเป็นรายข้อแล้วนำผลคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย แล้วเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้[10]

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความเหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อยที่สุด

กำหนดคะแนนเฉลี่ยของผลของการประเมิน คือ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ ไม่ต้องทำการปรับปรุง แต่ถ้าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.50 ต้องทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ของร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น กำหนดประเด็นในการประเมินความถูกต้อง เหมาะสมตามองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอน ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการประเมินผลรูปแบบการเรียนการสอน

2. นำแบบประเมินรูปแบบการเรียนการสอนเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และการใช้ภาษา หลังจากนั้นปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำร่างรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์หลักการของรูปแบบการเรียนการสอนโดยบูรณาการหลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับหลักการของแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. รวบรวมผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเทียบระดับคะแนนความถูกต้องเหมาะสม โดยนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ที่มาของรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และส่วนที่ 2 รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ที่มาของรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1. แนวคิด ทฤษฎีที่รองรับรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ได้แก่ แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ที่จะช่วยให้เกิดกระบวนการสร้างและออกแบบนวัตกรรม ส่วนแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติจะช่วยสะท้อนให้ได้นวัตกรรมที่มีเอกลักษณ์สื่อถึงวิชาชีพพยาบาล

2. ผลการตรวจสอบและยืนยันคำนิยามและองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน พบว่า 1) ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้คำนิยามความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี IOC เท่ากับ 0.92 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับคำนิยามความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลจาก “ผลงานนวัตกรรมการพยาบาล” เป็น “ต้นแบบผลงานทางการพยาบาล” 2) ผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นด้วยกับวิเคราะห์องค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลเป็น 4 องค์ประกอบ IOC เท่ากับ 1.00 โดยองค์ประกอบที่ 1 และ 2 มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ส่วนองค์ประกอบที่ 3 และ 4 IOC เท่ากับ 0.92 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับการให้คะแนนความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 กระบวนการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล (องค์ประกอบที่ 1-3) ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของกระบวนการ (องค์ประกอบที่ 4) 3) ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ IOC เท่ากับ 0.67-1.00 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับน้ำหนักคะแนนขององค์ประกอบที่ 2 และ 3 จาก 2.5 หน่วยน้ำหนัก เป็น 2 และ 3 หน่วยน้ำหนักตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล

ผลการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) หลักการของรูปแบบการเรียนการสอน 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน 3) ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน และ 4) การวัดและประเมินผลรูปแบบการเรียนสอน (แผนภาพที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและดัชนีความสอดคล้องของการให้คำนิยามและองค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล (n=12)

รายการประเมิน	คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ												IOC
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
คำนิยามของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.92
องค์ประกอบของความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล													
1. ความรู้พื้นฐานและความรู้ทางการพยาบาล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
2. ความคิดสร้างสรรค์	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
3. การออกแบบนวัตกรรมการพยาบาล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.92
4. การแสดงให้เห็นถึงความเป็นเอกลักษณ์ของนวัตกรรมการพยาบาล	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.92
การให้น้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบ													
องค์ประกอบที่ 1 (2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
องค์ประกอบที่ 2 (2.5)	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0.67
องค์ประกอบที่ 3 (2.5)	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0.67
องค์ประกอบที่ 4 (3.0)	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0.75

รายละเอียดของรูปแบบการเรียนการสอน มีดังนี้

1. หลักการของรูปแบบการเรียนการสอน

หลักการของรูปแบบการเรียนการสอนนี้เกิดจากการบูรณาการหลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ

1) การจัดให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยให้ผู้เรียน เกิดการตระหนักรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เกิดการทบทวน ใคร่ครวญต่อเหตุการณ์/การกระทำ เข้าใจปัญหา และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2) การจัดให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในบริบทจริงจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและสะท้อนมุมมองต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

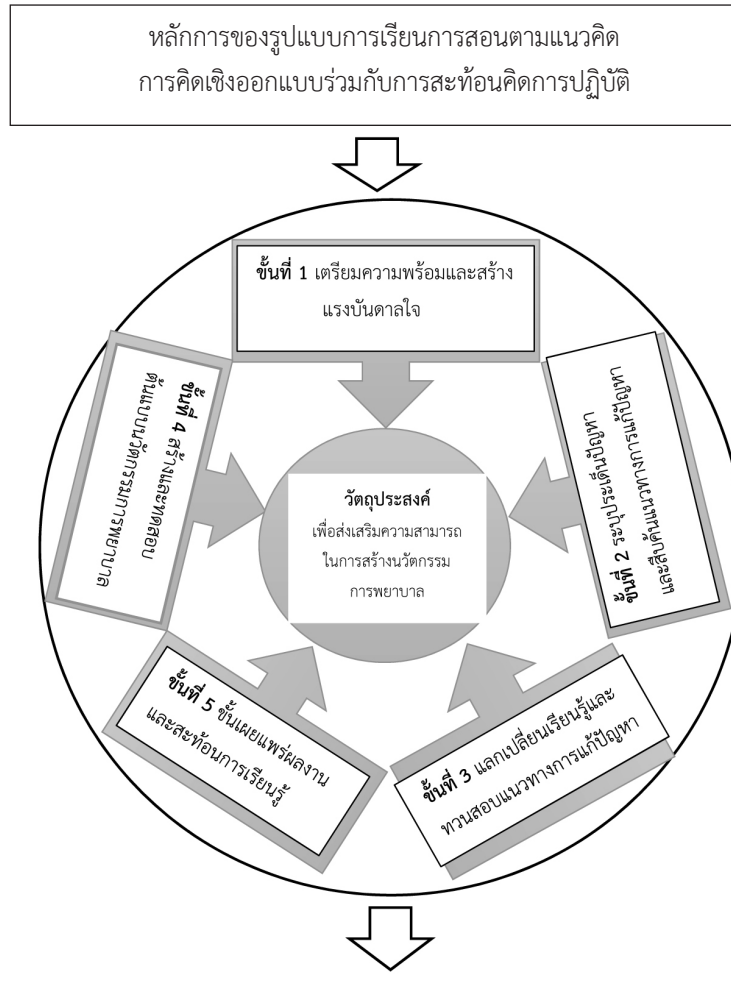
3) การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่ม/ผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการสะท้อนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการฟังและสนทนา รวมทั้งทำให้ได้ข้อสรุปหรือมุมมองใหม่ ๆ ที่หลากหลาย เพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและสร้างสรรค์

4) การให้ผู้เรียนได้ร่างและนำเสนอแบบจำลองแนวทางการแก้ปัญหาก่อนสร้างต้นแบบ จะช่วยทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพ จุดที่ควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเกิดแรงบันดาลใจ นำไปสู่การสร้างเป็นต้นแบบที่มีความเป็นไปได้

5) การทดสอบต้นแบบการแก้ปัญหาจะช่วยให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไข และเกิดการเรียนรู้

2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

3. ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2 ได้แก่



หมายเหตุ การใช้เส้นสีและรูปร่างเพื่อความสวยงามและชัดเจนเท่านั้น

ภาพที่ 2 ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมและสร้างแรงบันดาลใจ เป็นขั้นของการสร้างความตระหนักรู้ การทบทวนและเชื่อมโยงความรู้ รวมทั้งการสร้างบันดาลใจให้แก่ผู้เรียน

ขั้นที่ 2 การศึกษาข้อมูลและการระบุประเด็นปัญหา เป็นขั้นของการศึกษาข้อมูล หรือค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นำมาระบุปัญหาที่แท้จริง โดยผู้สอนต้องใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนสะท้อนถึงที่มาของปัญหา ข้อมูลที่สนับสนุนปัญหา ความสำคัญของปัญหา รวมทั้งความยาก-ง่ายในการแก้ปัญหา เพื่อจุดประกายให้ผู้เรียนเกิดการแสวงหาและสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ

ขั้นที่ 3 การสืบค้นข้อมูลและทวนสอบแนวทางการแก้ปัญหา เป็นขั้นของการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาตามปัญหาที่ได้ระบุไว้ในขั้นที่ 2 จากเอกสาร งานวิจัย บุคคล ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย นำวิธีหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการสืบค้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่ม เพื่อให้ได้แนวทางการแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้ เหมาะสม สร้างสรรค์ รวมทั้งความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

ขั้นที่ 4 สร้างและตรวจสอบต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล เป็นขั้นของการวางแผน สร้างและการตรวจสอบความเป็นไปได้ของต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล โดยให้ผู้เรียนนำแนวทางไปตรวจสอบความเข้าใจและรายละเอียดกับกลุ่มเป้าหมาย สร้างแบบจำลองเพื่อให้เห็นภาพเป็นรูปธรรม วางแผนการสร้างและทดสอบนวัตกรรม และสร้างชิ้นงานตามแบบจำลองที่ร่างไว้ นำไปทดสอบหรือตรวจสอบตามแผนที่กำหนด

ขั้นที่ 5 ขั้นเผยแพร่ผลงาน และสะท้อนการเรียนรู้ เป็นขั้นของการนำเสนอผลงานนวัตกรรมการพยาบาลต่ออาจารย์/ผู้เชี่ยวชาญ/เพื่อน รวมทั้งสะท้อนการเรียนรู้ที่ได้รับจากกระบวนการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลตั้งแต่แรกจนกระทั่งสิ้นสุดในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ รวมทั้งปัญหา และอุปสรรค ปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้เกิดผลงานนวัตกรรม

4. การวัดและประเมินผลรูปแบบการเรียนการสอน

ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลและแบบบันทึกการเรียนรู้ ประเมินกระบวนการสร้างนวัตกรรมในระหว่างการเรียนการสอน และประเมินผลงานนวัตกรรมการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน

ผลการประเมินรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลโดยรวมมีความถูกต้อง เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, SD. = 0.13) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่าทุกองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยความถูกต้อง เหมาะสมระหว่าง 4.40-4.80 คะแนน โดยองค์ประกอบที่คะแนนเฉลี่ยมีความถูกต้อง เหมาะสมน้อยที่สุด ได้แก่ การวัดและประเมินผล ($\bar{X}$ = 4.40, SD. = 0.80) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน ($\bar{X}$ = 4.80, SD. = 0.40) (ตารางที่ 2) โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับคำ ที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนให้กระชับและสื่อความหมาย

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถูกต้อง เหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น

รายการการประเมิน	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. หลักการของรูปแบบการเรียนการสอน	4.80	0.40	ดีมาก
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน	4.80	0.40	ดีมาก
3. ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน			
ขั้นที่ 1 เตรียมความพร้อมและสร้างแรงบันดาลใจ	4.60	0.48	ดีมาก
ขั้นที่ 2 ระบุประเด็นปัญหาและสืบค้นแนวทางการแก้ปัญหา	4.80	0.40	ดีมาก
ขั้นที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทวนสอบแนวทางการแก้ปัญหา	4.80	0.40	ดีมาก
ขั้นที่ 4 ก่อร่างและสร้างต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล	4.60	0.48	ดีมาก
ขั้นที่ 5 ขั้นเผยแพร่ผลงาน และสะท้อนการเรียนรู้	4.60	0.48	ดีมาก
4. การวัดและประเมินผลรูปแบบการเรียนการสอน	4.40	0.80	ดี
โดยรวม	**4.67**	**0.13**	**ดีมาก**

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถในสร้างนวัตกรรมการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นได้แก่ จุดเด่น ข้อจำกัดของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

1. จุดเด่นของรูปแบบการเรียนการสอน

รูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างมีระบบและขั้นตอนตามกระบวนการวิจัย ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบและรับรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนทั้งทางด้านการศึกษาและการพยาบาล ซึ่งจากผลการรับรองรูปแบบการเรียนการสอน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนที่มีคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ หลักการ และวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน ($\bar{X}$ = 4.80, SD. = 0.40) ทั้งนี้เนื่องจากหลักการของรูปแบบการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้มาจากการสังเคราะห์หลักการของแนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับหลักการของแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ ซึ่งแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ เป็นแนวคิดที่เน้นการทำความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงอย่างลึกซึ้งกับคนที่ต้องการแก้ปัญหาหรือเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (human-centered design) มีการนำความคิดสร้างสรรค์และมุมมองของคนที่หลากหลายมาสร้างนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้และสถานการณ์นั้น ๆ อย่างแท้จริง[8, 11] ซึ่งแตกต่างจากการพัฒนานวัตกรรมทั่วไปที่มักเริ่มต้นจากนักออกแบบที่คิดว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหา สร้างผลงานที่สนองตอบความต้องการของตลาดมากกว่าความต้องการที่แท้จริงของคน[12] ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย บรรลุผลลัพธ์ตามความต้องการของผู้ป่วยบนพื้นฐานการดูแลที่คำนึงความแตกต่างของบุคคลและเป็นองค์รวม คำนึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาล[13] สอดคล้องกับ Pavie และ Carthy[14] ที่กล่าวว่า การคิดเชิงออกแบบเป็นวิธีการที่นักออกแบบใช้ในการออกแบบไปประยุกต์ เพื่อหาทางออกให้กับปัญหาต่าง ๆ การออกแบบนี้จะทำให้เกิดสิ่งใหม่ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งนวัตกรรมที่สร้างขึ้นเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม แต่การคิดเชิงออกแบบไม่ได้เป็นแค่การสร้างสิ่งของ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ เท่านั้น แต่เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในปัจจุบันให้เป็นไปตามที่เราคาดหวังไว้ในอนาคต[15] ดังการศึกษาของ Bootchuy[16] พบว่า นิสิตที่เรียนด้วยรูปแบบการแบ่งปันความรู้ออนไลน์ โดยใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบร่วมกับ

เทคนิคการวิเคราะห์อนาคต มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์เชิงธุรกิจหลังการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojsangrat[17] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนด้วยรูปแบบการสอนโดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐานเพื่อสร้างสรรค์ผลงานที่ปรากฏอัตลักษณ์ไทยสำหรับนิสิตนักศึกษาปริญญาบัณฑิต มีคะแนนการสร้างสรรค์ผลงานสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำแนวคิดการสะท้อนคิดการปฏิบัติ มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการคิดเชิงออกแบบเพื่อให้ได้ผลงานนวัตกรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะวิชาชีพพยาบาล ซึ่งการสะท้อนคิดการปฏิบัติจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงโดยการวิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลจากเหตุการณ์มาคิดทบทวนพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนลงมือกระทำกิจกรรม[9,18] การสะท้อนคิดการปฏิบัติ จะช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมอง ใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในเรื่องนั้น ๆ[19] สอดคล้องกับ Treenai[20] ที่กล่าวว่าการสะท้อนคิดเป็นกุญแจสำคัญของการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพราะการสะท้อนคิดจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการตระหนักรู้และการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอนที่ชัดเจนจะช่วยชี้นำให้การออกแบบกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้มีลักษณะเฉพาะ อันจะนำผู้เรียนไปสู่จุดมุ่งหมายเฉพาะที่รูปแบบนั้นกำหนด ซึ่งแต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน[21]

ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอน จากผลการรับรองรูปแบบการเรียนการสอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความถูกต้อง เหมาะสมของขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากทุกขั้น มีคะแนนเฉลี่ย 4.60-4.80 คะแนน ทั้งนี้ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอนมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งหวังส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล โดยขั้นตอนเริ่มจากการเตรียมความพร้อมและสร้างความตระหนักรู้ เสริมสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมและเกิดแรงจูงใจในการสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรม ซึ่งแรงจูงใจมีส่วนผลักดันให้บุคคลพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อความเป็นเลิศในสิ่งที่ทำ โดยบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ[22] จากการศึกษาของ Patterson และ Zibarras[23] เกี่ยวกับการใช้ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรมที่มีลักษณะเฉพาะ พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ จะช่วยผลักดันให้บุคคลเกิดพลังความมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์ชิ้นงานนั้นออกมา ส่วนขั้นที่ 2-4 เป็นขั้นตอนของกระบวนการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน โดยการแก้ปัญหาเริ่มมาจากการระบุปัญหาที่แท้จริง การสืบค้นข้อมูลเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การร่างแบบต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล มีการทวนสอบปรับปรุง แก้ไข สร้างต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาล และขั้นสุดท้าย จะเป็นการเผยแพร่นวัตกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้น โดยทุกขั้นตอนจะจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งเลือกแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นไปได้ นอกจากนี้ยังให้ผู้เรียนได้มีการทวนสอบปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่ง Kember และคณะ[24] กล่าวว่าการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) จะช่วยในการตัดสินใจเลือก ประเมินค่า วิพากษ์แนวทางการแก้ปัญหาที่สามารถตรวจสอบได้ สอดคล้องกับ Wisanskoonwong, Fahy, และ Hastie[25] ที่กล่าวว่าการฝึกคิดแบบมีวิจารณญาณ จะช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น นำไปสู่การพัฒนาตนเองและงาน

2. ข้อจำกัดของรูปแบบการเรียนการสอน

เนื่องจากรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนการสอน คือ ผลงานนวัตกรรมการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนและต้องศึกษาข้อมูลในสภาพจริง จึงเหมาะสมกับรายวิชาภาคปฏิบัติหรือทดลองที่มีระยะเวลาการจัดการเรียนการสอนอย่างน้อย 4 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการเรียนการสอนนี้ใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งการสอนในแหล่งฝึกและการสอนในชุมชน นอกจากนี้อาจนำ

ไปปรับใช้ในรายวิชาพยาบาลภาคทฤษฎีได้ แต่อาจต้องเพิ่มในเรื่องการจัดสถานการณ์หรือประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การศึกษาดูงานในชุมชน การพาไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย/พยาบาล/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2. ในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ต้องใช้เวลาในการศึกษาปัญหา หาแนวทางการแก้ปัญหารวมทั้งการสร้างและทดสอบนวัตกรรม ดังนั้น รูปแบบการเรียนการสอนนี้จึงเหมาะกับรายวิชาที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป

3. ผู้สอนที่นำรูปแบบการเรียนการสอนนี้ไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาคู่มือ การใช้รูปแบบการเรียนการสอนอย่างละเอียด และควรมีการจัดสภาพการณ์การเรียนการสอนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสร้างนวัตกรรม การสืบค้นข้อมูล แหล่งข้อมูลสำหรับให้ผู้เรียนศึกษาหรือปรึกษาเกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมหรือพัฒนาผลการเรียนรู้ในด้านอื่น ๆ เช่น การคิดเชิงนวัตกรรม การพัฒนานวัตกรรมพยาบาล เป็นต้น หรืออาจพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมหรือพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการสร้างนวัตกรรมพยาบาล

References

1. Prachusilpa G. Nursing management and leadership. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (in Thai).
2. Bandansin J. Develop the creativity toward the nursing service innovation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):9-17. (in Thai).
3. White KR, Pillay R, Huang X. Nurse leaders and the innovation competence gap. Nursing Outlook 2016;64(3):255-61.
4. Osman AA. School climate-the key to excellence. Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies 2012;3(6):950-4.
5. Von Stamm B. Managing innovation, design and creativity: John Wiley & Sons; 2008.
6. Wang L, Li M. On the cultivation of automation majors' research innovation ability based on scientific research projects. Higher Education Studies 2012;2(4):137-41.
7. Thongsai S. Nurse and the development of creative thinking. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016;27(1):112-9 (in Thai).
8. Beaird G, Geist M, Lewis EJ. Design thinking: opportunities for application in nursing education. Nurse Education Today. 2018;64:115-8.
9. Burton AJ. Reflection: nursing's practice and education panacea? Journal of Advanced Nursing 2000;31(5):1009-17.
10. Boonchom Srisa-Ard. Basic research. 10th (Revised version) ed. Bangkok: Suwiriyasarn 2017. (in Thai).
11. Kidjawan N. Design thinking process: new perspective in Thai healthcare system Journal Thailand Nursing and Midwifery Council 2018;33(1):5-14. (in Thai).

12. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent CA design thinking framework for healthcare management and innovation. Healthcare. 2016;4(1):11-4.
13. Yildirim B, Ozkahraman S. Critical thinking in nursing process and education. International Journal of Humanities and Social Science 2011;1(13):257-62.
14. Pavie X, Carthy D. Leveraging uncertainty: a practical approach to the integration of responsible innovation through design thinking. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;213:1040-9.
15. Apel A, Hull P, Owczarek S, Singer W. Transforming the enrollment experience using design thinking. College and University. 2018;93(1):45-50.
16. Bootchuy P. Development of online knowledge sharing model using design thinking approach and future scenarios analysis techniques to enhance business creativity of undergraduate management students. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016 (in Thai).
17. Rojsangrat P. Development of an instructional model using design thinking to create Thai products identity for undergraduate students Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
18. Wichainate K. Reflections: teaching for nursing students to develop critical thinking in nursing practice. Journal of The Police Nurses 2014;6(2):188-99 (in Thai).
19. Horton-Deutsch S, Sherwood G. Reflection: an educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. Journal of Nursing Management 2008;16(8):946-54.
20. Treenai S. Learning by reflective practice in advanced pediatric nursing practicum: experience and learning results of graduate nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2): 378-85 (in Thai).
21. Khemmanee TN. Science of knowledge teaching for process management effective learning. 20 ed. Bangkok: Chulabook; 2016. (in Thai).
22. De Bes FT, Kotler P. Winning at innovation: the A-to-F model: Palgrave Macmillan; 2011.
23. Patterson F, Zibarras LD. Selecting for creativity and innovation potential: implications for practice in healthcare education. Advances in Health Sciences Education 2017;22(2):417-28.
24. Kember D, Leung DY, Jones A, Loke AY, McKay J, Sinclair K, et al. Development of a questionnaire to measure the level of reflective thinking. Assessment & Evaluation in Higher Education 2000;25(4):381-95.
25. Wisanskoonwong P, Fahy K, Hastie C. Reflections on the practice of facilitating group- based antenatal education: should a midwife wear a uniform in the hospital setting? International Journal of Nursing Practice 2011;17(6):628-35.

บทความวิจัย

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

Social Activities Participation of Elder Persons in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province

นิราศศิริ โรจนธรรมกุล ศศ.ม (Nirassiri Rojanadhamkul, MA.)[1]
จิราวรรณ กล่อมเมฆ ปร.ด (Jirawan Klommek, Ph.D.)[2]
จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส ปร.ด (Jarurat Sriratanaprapat, Ph.D.)[3]

Received: Apr 16, 2020
Revised: Mar 14, 2020
Accepted: Mar 20, 2020

บทคัดย่อ

ประชาคมโลกมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน คุณภาพชีวิตที่ดีของเขาเหล่านั้นเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐบาลต้องดูแล จึงได้กำหนดนโยบายหลายประการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตดังกล่าว ซึ่งปัจจัยสำคัญคือการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่สร้างคุณค่าในตนเองและป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยจำแนกตามความแตกต่างของระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านซับประดู่และบ้านเขาไม้เกวียน ตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 105 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายและตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย การทดสอบค่าทีแบบอิสระ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต่างกันและการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลงานวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ผู้บริหารและทีมสุขภาพส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดหาผู้ช่วยเหลือทางสังคม และจัดสวัสดิการด้านกิจกรรมทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ระดับการศึกษา, การมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม, ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

[1] Corresponding author อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก Email: nirassiri@apiu.edu

[2] รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก Email: jirawan@apiu.edu

[3] คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก Email: jarurat@apiu.edu

Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Bangkok, Thailand

Abstract

Citizens of the world have dramatically increased, in particular numbers of aging population; and this is similar to Thailand. Their good quality of life becomes an essence that the Thai government needs to care for. As a result, the Thai government designates many policies to promote their quality of life. An important factor for this is the elderly' participation in social activities which creates self-worth value and prevents depression. Therefore, this study aimed to: (a) examine level of elderly's social activity participation; (b) to compare social activity participation differentiated by level of education, having assistance in social activity, and receiving benefits from social activity participation. Participants were 105 elderly people living at Ban Subpraduu, and Ban Khaomaikwain, Mauk Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. Simple random sampling technique was used to recruit the participants according to the inclusion criteria. Research instruments included demographic questionnaire, and elderly participation in social activity scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, and one-way ANOVA.

Results revealed that mean score of elderly's social activity participation was at moderate level. Different levels of education did not affect levels of social activity participation ($p<.05$). Lastly, those who had assistance in social activity participation and receiving benefits from social activity participation significantly differed in social activity participation ($p<.05$). Hence, these results are an empirical evidence for local administrators and healthcare team who take care of elderly people's quality of life to acquiring social assistance and providing social activity welfare. This is to promote elderly's participation in social activity in community continuously and sustainably.

Keywords: education level, assistance from care taker in social activities, benefits from social participation, social activity participation, elderly people

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย[1] แบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)[2] ปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุ ประมาณ 1,000 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ทั้งประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา[3] สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับทั่วโลก โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรสูงอายุมี 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.00 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2564 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.00[4] ซึ่งหมายถึงประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศชาติและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ประเทศไทยจึงใช้แนวคิด “การสูงวัยอย่างมีพลัง” ขององค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของประเทศ[2] ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างสม่ำเสมอ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีพลังนำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น[4]

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น หรือมีบทบาทร่วมรับผิดชอบต่อการดำเนินการ หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ในสิ่งที่มีผลกระทบต่อตนเองหรือชุมชน[5] ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะได้รับความรู้ทั้งทางวิชาการและความรู้ทั่วไป การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์[6] มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม[7] ลดอาการซึมเศร้าหรือทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า[8] นอกจากนี้ยังพบว่า การได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เกิดการพัฒนาทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือปรับทุกข์ ช่วยให้รู้สึกสดชื่นคลายความอ้างว้าง ผ่อนคลายความเครียด[5] ในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการส่งเสริมให้สามารถพึ่งตนเองและรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ด้อยโอกาส[9] ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองออกจากสังคม กลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้นและไม่สามารถปรับตัวได้ บุคลิกภาพจะเสียมากขึ้น กลายเป็นภาระต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตอาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้[10] จากการทบทวนวรรณกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง[7,11] นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ[12] รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ไม่มีครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านช่วยเหลือ และการไม่ได้ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน[13]

ปัจจุบันรัฐบาลกำหนดนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ[2] โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการเรียนรู้และกิจกรรมการบริการผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านหรือในชุมชนเพียงร้อยละ 73.00 และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านหรือในชุมชนเพียงร้อยละ 52.00[4] ในขณะที่ คณะผู้วิจัยพบข้อมูลที่สอดคล้องว่า ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนในหมู่บ้านซับประดู่ และหมู่บ้านเขาไม้เกวียน ตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จากการลงพื้นที่สอบถามความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุ ยังพบอีกว่า ปัจจัยที่ผู้สูงอายุไม่

สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ส่วนหนึ่งเนื่องจาก ไม่มีลูกหลานช่วยเหลือในการเดินทาง และกิจกรรมที่เข้าร่วมบางกิจกรรมไม่น่าสนใจและคิดว่าไม่มีประโยชน์ เช่น การฝึกทำอาชีพเสริม เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำเพาะปลูกหรือค้าขายแล้ว หรือการถ่ายทอดภูมิปัญญา ผู้สูงอายุทำได้อยู่แล้ว ในมหาวิยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก มีหน้าที่สนับสนุนสังคมและชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนทุกคน อันจะส่งผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

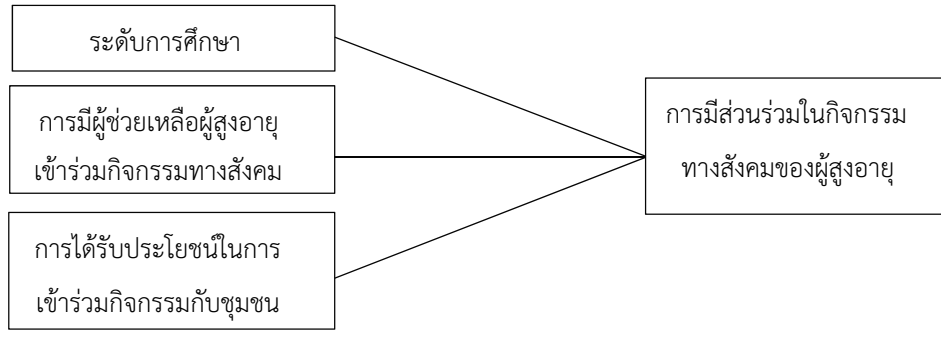
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตามความแตกต่างของระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2. ระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในหมู่ 6 บ้านซับประดู่ จำนวน 61 คน และหมู่ 12 บ้านเขาไม้เกวียน จำนวน 79 คน รวมทั้งหมด 140 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรเป้าหมาย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางกลุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan[14] ทั้งหมดจำนวน 105 คน โดยกำหนดเกณฑ์ คือ มีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่เก็บข้อมูลอย่างน้อย 1 ปี ฟัง พูดภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ มีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยกำหนดสัดส่วนหมู่ 6 บ้านซับประดู่ ต่อหมู่ 12 บ้านเขาไม้เกวียน เท่ากับ 1 : 1.3 ได้กลุ่มตัวอย่างจากหมู่ 6 บ้านซับประดู่ จำนวน 45 คน และหมู่ 12 บ้านเขาไม้เกวียน จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนามาจากชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “เรียนรู้สังคม”[5] จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1 (ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) ถึง 5 (เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทุกครั้ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-90 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับ คำนวนจากช่วงคะแนนเฉลี่ยตามโค้งปกติ คือ คะแนนเฉลี่ย 1-1.49 หมายถึง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามนี้ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มข้อคำถามข้อ 16 “การไปดูงานนอกพื้นที่ (ต่างจังหวัด) เช่น ไปดูงานที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ไปดูเศรษฐกิจพอเพียง การทำน้ำหมักหรืออื่นๆ” คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยและตำแหน่งวิชาการ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2563 ตามมติที่ประชุมเลขที่ RRDC 2020/26 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้รหัส ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เอกสารและไฟล์ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 11 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น และมีประสบการณ์การเก็บข้อมูลจากการเรียนวิชาการวิจัยทางการพยาบาลเบื้องต้น โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล อธิบายความหมายของแบบสอบถามทุกข้อ ถาม-ตอบข้อสงสัยจนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยทดสอบวิธีการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล

2. ทำจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินลับ ประสานงานกับผู้ใหญ่และขออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 5 คน เพื่อนำทางในการเก็บข้อมูล และทำนัดหมายวันและเวลาเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3. วันเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยแบ่งผู้ช่วยวิจัยจำนวน 7 คนให้เก็บข้อมูลที่บ้านเขาไม้เกวียน และอีก 4 คน ให้เก็บข้อมูลที่บ้านซับประดู่ โดยให้นักศึกษาแต่ละคน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 คนภายใต้การดูแลของคณะผู้วิจัย เพื่อความถูกต้อง หลังจากนั้นจึงให้นักศึกษาเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยติดตามให้คำปรึกษาผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยอธิบายการเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นใบยินยอม แจกแบบสอบถาม อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบตัวต่อตัว หากกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ หรือมองไม่ชัด ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังที่ละข้อช้า ๆ และตอบข้อสงสัย เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณโดยใช้จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลความหมาย

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) หลังจากนั้นใช้วิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe Method)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามการมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 69.38 (SD. = 7.77) อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.20 ระยะเวลาที่อาศัยเฉลี่ย 42.27 (SD. = 22.51) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนานมากกว่า 40 ปี พบร้อยละ 47.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.30 ไม่มีผู้ช่วยเหลือเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 50.50 อีกร้อยละ 49.50 มีผู้ช่วยเหลือ โดยพบว่าในจำนวนนี้ ได้รับการช่วยจากลูกหลาน ร้อยละ 36.2 รองลงมาคือ หน่วยงานรัฐบาล ร้อยละ 11.40 และการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 81.0 ในจำนวนนี้ได้รับความรู้ ร้อยละ 34.30 รองลงมาคือการได้พบปะสังสรรค์ ร้อยละ 31.4 และมีสุขภาพดี ร้อยละ 29.5

ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.91, SD. = .89) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในระดับมาก มี 4 กิจกรรม และกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ กิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาล (Mean = 4.28, SD. = 1.23) ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยที่สุด คือ โรงเรียนผู้สูงอายุ (Mean = 1.25, SD. = .84) ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = .98$, $p = .434$) ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือกับกลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.03$, $p<.05$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ช่วยเหลือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ (n = 105)

กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ	ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม		
	Mean	SD.	แปลผล
- ชมรมผู้สูงอายุ	2.72	1.67	ปานกลาง
- การบริการสุขภาพด้านร่างกาย	4.20	1.32	มาก
- กิจกรรมนันทนาการ	2.63	1.67	ปานกลาง
- การทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย	3.49	1.65	ปานกลาง
- กิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาล	4.28	1.23	มาก
- การฝึกอบรมอาชีพเพื่อเสริมรายได้	2.16	1.64	น้อย
- การบำเพ็ญประโยชน์ให้กับผู้อื่น	2.94	1.64	ปานกลาง
- กิจกรรมการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้ผู้ที่สนใจ	1.90	1.47	น้อย
- กิจกรรมการดูแลรักษาสภาพแวดล้อมของชุมชน	2.87	1.59	ปานกลาง
- กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	2.86	1.68	ปานกลาง
- โรงเรียนผู้สูงอายุ	1.25	0.84	น้อยที่สุด
- การส่งเสริมสุขภาพจิต	3.17	1.71	ปานกลาง
- ประชุมรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ของชุมชนกับผู้นำชุมชน หรือคนในชุมชน	3.70	1.54	มาก
- การพัฒนาชุมชน	3.50	1.68	มาก
- การเป็นจิตอาสาในหมู่บ้าน	2.30	1.64	น้อย
- การไปดูงานนอกพื้นที่ (ต่างจังหวัด)	2.63	1.64	ปานกลาง
รวม	**2.91**	**0.89**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุตามความแตกต่างของระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ One-way ANOVA (n = 105)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3.852	5	.770	.980	.434
ภายในกลุ่ม	77.826	99	.786		
รวม	**81.678**	**104**			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยสถิติ Independent t-test (n = 105)

การมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	N	Mean	SD.	t	p-value
กลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	53	2.73	.85	-2.03*	.044
กลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือ	52	3.08	.88		

p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยสถิติ Independent t-test (n = 105)

ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	N	Mean	SD.	t	p-value
กลุ่มที่ไม่ได้รับประโยชน์	20	2.07	.50	-7.11*	<.001
กลุ่มที่ได้รับประโยชน์	85	3.10	.84		

p < .05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.14, p<.05) ตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ยังต้องดำรงชีพด้วยตนเอง และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงเลือกเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่าที่จำเป็น และกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณเกือบร้อยละ 15.00 อธิบายว่า สุขภาพไม่แข็งแรง ต้องการอยู่บ้านมากกว่า รวมทั้งผู้สูงอายุบางคน อธิบายว่ากิจกรรมบางอย่างไม่น่าสนใจ เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญาเนื่องจากสามารถทำได้อยู่แล้วจึงไม่อยากเข้าร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีและกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[7,11] เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาลในระดับมากที่สุด เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบนิ่ง ช่วยทำให้จิตใจสบาย และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด[7] สำหรับข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุอธิบายว่า ในตำบลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ไม่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ต้องเดินทางไกล จึงไม่สะดวกในการเข้าร่วม

กิจกรรมนี้ และประมาณร้อยละ 50.00 ไม่มีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในการเดินทางในระดับน้อยมากที่สุด[15]

2. ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาไปจนถึงมีการศึกษาระดับปริญญา มีอุปกรณ์เทคโนโลยีเพื่อใช้สื่อสารและหาความรู้ ผ่านไลน์ หรือเฟสบุ๊ค เพื่อนัดประชุม แจ้งข่าวสาร และเสียงตามสายในการประชาสัมพันธ์ของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารทั่วถึง รวมทั้งการจัดกิจกรรมในชุมชนจัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมทั้งช่วยฝึกอาชีพเพื่อเสริมรายได้ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงต้องการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเกิดประโยชน์กับตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า ได้พบปะเพื่อน ๆ และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสั่งสมประสบการณ์ชีวิต เรียนรู้การดำเนินชีวิต ทำให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีสำหรับตนเอง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง[16] และผลการศึกษาของ Myer[7] พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นบุคคลสำคัญ และมีประโยชน์ต่อชุมชนที่ตนอาศัยมาเป็นเวลานาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในประเทศ ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

3. การมีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ช่วยเหลือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ประสาทสัมผัสประสิทธิภาพลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การมีผู้ช่วยเหลือในการเดินทาง การช่วยประคับประคองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความสะดวก ความมั่นใจ ไม่กังวลว่าจะเกิดอุบัติเหตุในระหว่างเดินทางหรือเข้าร่วมกิจกรรม จึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ สอดคล้องกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในประเทศจีน ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม[12] และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่จากครอบครัวและคนใกล้ชิดรวมถึงหน่วยงานที่ดูแลเรื่องสุขภาพ[10]

4. การได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประโยชน์ อาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากผลของการกระทำนั้น โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุด เพราะได้คุณค่าทางจิตใจ กิจกรรมการบริการสุขภาพด้านร่างกาย เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือด และการตรวจช่องปาก ซึ่งเป็นการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมาตรวจให้ในชุมชน ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งทำให้ผู้สูงอายุรับรู้สุขภาพของตนเอง และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การเข้าร่วมกิจกรรมรับฟังข่าวสารต่างๆของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น การเข้าร่วมทั้งกิจการพัฒนาชุมชน เช่น กิจกรรมวันแม่ วันพ่อ การเก็บขยะ หรือการช่วยเหลือหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า และจะได้รับสิทธิประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การลดความเครียด การลดความวิตกกังวล และการสังเกตตนเองที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพกาย คือ การตรวจสุขภาพและการแนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง สำหรับกิจกรรมสุขภาพจิต คือ การถือศีล ฟังเทศน์ และปฏิบัติธรรม เพราะทำให้จิตใจสงบ ไม่วิตกกังวลกับปัญหาต่าง ๆ[17]

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้ผู้บริหารและทีมสุขภาพส่วนท้องถิ่นจัดทำนโยบายในการจัดหาผู้ช่วยเหลือทางสังคม และจัดสวัสดิการด้านกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป อันจะส่งผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การจัดสวัสดิการรถรับ-ส่ง การจัดหาอาสาสมัครในหมู่บ้าน การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ (peer group) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หรือการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความชื่นชอบ เช่น การตรวจร่างกาย กิจกรรมงานบุญในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเห็นคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงข่าวสารสัมพันธภาพกับผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

2. สร้างโปรแกรมส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเพิ่มปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่หรือจิตอาสาในหมู่บ้าน เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการเดินทาง และปัจจัยด้านการได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือ หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย เพื่อนำมาถอดบทเรียนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

References

1. Ministry of Social Development and Human Security. The elder persons act B.E. 2546. 7th ed. Bangkok: Thep Penwanis Printing House; 2010. (in Thai).
2. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society (revised version). 2nd ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2019. (in Thai).
3. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Duen Tula Printing Company Limited; 2018. (in Thai).
5. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Knowledge self-care and capacity building for the elder persons "learn society". Bangkok: The Institute; 2017. (in Thai).
6. Wongseng W, Jadesadalug V. The role and participation of elders in term of civil society in community development Bangkhae district, Bangkok. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2016;9(1):1399-415. (in Thai).

7. Myer C. Social activity participation of senior citizens in Pathumthani province. Pathumthani University Academic Journal 2009;1:92-108. (in Thai).
8. Prasertpan C, Piaseu N, Maruo SJ, Kittipimpanon K. Activities and outputs of a senior club in an urban community: a case study. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(3):388-400. (in Thai).
9. Wongprom J, Jongwutiwes K, Prasertsuk N, Jongwutiwes N. Community participation in the development of older persons' quality of life. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2015;8:41-54. (in Thai).
10. Kamnak R, Phanlertphanij S. The model of participation in elderly health promotion of Wat Hua Fai elderly school, San Klang sub-district, Phan district, Chiang Rai province. Social Sciences Research and Academic Journal 2016;11(special):47-61. (in Thai).
11. Aunkamol P. Social participation, self-esteem and life satisfaction of the elderly at Jatuchak district in Bangkok metropolitan. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University 2019;22(1):125-36. (in Thai).
12. Research Management Division. Editors. Factors related to the elderly's participation in the activities of elderly club of Nhongyang sub-district health promotion hospital, Wungsaipoon district, Phichit province. Naresuan 12th Research: Research and Innovation and National Development; 2016 July 21; Naresuan University, Phisanulok: Naresuan University; 2016. (in Thai).
13. Lin W. A study on the factors influencing the community participation of older adults in China: based on the CHARLS2011 data set. Health and Social Care in the Community 2017;25(3):1160-8.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological measurement 1970;30:607-10.
15. Pattana P. Quality of life among those attended elderly school, Saraburi province [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2017.
16. Sinchaiwanichakul C, Kespichayawattana J. Factors related to healthy aging among the older Persons in community-dwelling of Bangkok metropolitan. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(Suppl):100-9. (in Thai).
17. Piyasakulkiat O. Community participation in the development of the elderly quality of life of Thakhae sub-district Lopburi province. Romphruek Journal, Krirk University18;36(3):46-65. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

The Effect of Knowledge Management Based Clinical Nursing Practice Guidelines on Prevention of Chemotherapy-Induced Neutropenia in Cancer Patients

Received: Feb 16, 2020
Revised: Jun 23, 2020
Accepted: Jun 26, 2020

เพ็ญศรี รักษ์วงค์ ปรด. (Pensri Rukwong, Ph.D)[1]
กรแก้ว สุขวานิชย์เจริญ พย.บ. (Kornkaew Sukwanichchareon, B.N.S.)[2]
จริยา เรียนวาที พย.บ. (Chariya Rianwathi, B.N.S.)[3]

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1.พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผ่านกระบวนการจัดการความรู้ 2.ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯต่อผลลัพธ์ในการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ อัตราการติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการช็อคจากการติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิต การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และความพึงพอใจของบุคลากร วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่าง มิถุนายน พ.ศ. 2560-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 32 คน และผู้ป่วยมะเร็ง 30 คน เก็บข้อมูลด้วย การสนทนาตามธรรมชาติ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม แบบสอบถาม แบบบันทึกกิจกรรมการจัดการความรู้และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯถูกพัฒนาขึ้นในกระบวนการวิจัยผ่านการจัดการความรู้บนพื้นฐานทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ การประเมินกลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนการดูแลการพยาบาลที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยง การวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยง และการติดตามอาการหลังจำหน่าย เมื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯไปใช้ พบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯได้ในภาพรวมร้อยละ 100.00 พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯไปใช้ในระดับมาก อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อพบร้อยละ 3.30 ไม่พบการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การช็อคจากการติดเชื้อ และการเสียชีวิต สรุปและข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯนี้มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ดังนั้นควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้จริงในบริบทการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การจัดการความรู้, ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์, ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ, เคมีบำบัด

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

[1]Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา E-mail: pensri33@yahoo.com
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ชั้น 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
E-mail: hnga-z@hotmail.com
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยมะเร็ง ชั้น 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา E-mail: jariyaoun@gmail.com
[1]The nursing research and development department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand
[2,3]Cancer nursing department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

Abstract

This study aimed to: 1) develop knowledge management based clinical nursing practice guidelines (CNPGs) for prevention of chemotherapy-induced neutropenia in cancer patients; 2) examine the effect of these CNPGs on incidence of infection, neutropenic sepsis, neutropenic septic shock, death related to neutropenic septic shock; and 3) investigate the compliance and personnel satisfaction with CNPGs. Action research design was employed. This study was conducted at the Cancer nursing department, Maharat Nakhon Ratchasima hospital, Thailand between June 2017 and May 2018. The key informants consisted of 32 registered nurses and 30 cancer patients. Data were collected using dialogues, knowledge management activity record forms, participation observations, non-participation observations, questionnaires, and document analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics; qualitative data were analyzed using content analysis.

Results revealed that the CNPGs were developed using knowledge management activities in research process based on the theory of unpleasant symptoms. The developed CNPGs consist of 4 dimensions: risk assessment for the neutropenic patient care plan design, nursing care according to the degree of risk of febrile neutropenia, discharge planning relevant to risk level of febrile neutropenia, and patient follow-up. A majority of nurses strongly agreed with these CNPGs. The results of CNPGs implementation showed that compliance with all 4 items of nursing practice guideline was completely 100%. The incidence of infection in neutropenic patient was 3.3%. Meanwhile, there were no incidences of neutropenic sepsis, neutropenic septic shock or death.

In conclusion, these results suggest that these CNPGs would potentially be used to achieve excellent nursing outcomes. The developed CNPGs should also be integrated to routine nursing care contexts.

Keywords: neutropenic patient, chemotherapy, unpleasant symptoms, CNPGs, knowledge management

บทนำ

องค์กรอนามัยโลกระบุว่าปี ค.ศ. 2018 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านราย เสียชีวิตสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง 9.6 ล้านราย[1,2] และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านราย หรือคิดเป็นร้อยละ 70 ในช่วงอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า[3] สำหรับประเทศไทยสถานการณ์โรคมะเร็งยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง พ.ศ. 2555-2558 อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งของประชากรไทย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จาก 137.61 ต่อแสนประชากร เป็น 139.00 ต่อแสนประชากร รวมทั้งพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 ราย ไปเป็น 126,555 ราย[4] ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีเทคโนโลยีการรักษาวิธีการใหม่ ๆ และมีประสิทธิภาพ[5] เคมีบำบัดเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการรักษาโรคมะเร็ง แต่เคมีบำบัดนอกจากจะมีผลทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลทำลายเซลล์ปกติอีกด้วยโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์รากผม การทำลายเซลล์ปกติเหล่านี้ถือเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ภาวะกดการทำงานของไขกระดูก (myelosuppression) เป็นหนึ่งในผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเลือดจาง(anemia) ภาวะเม็ดเลือดขาวน้อยเกิน (leukopenia) และภาวะเกล็ดเลือดน้อย (thrombocytopenia)[6]

เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นการลดลงของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีจำนวนน้อยกว่า 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด[7-9] และถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง[10,11,12] ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาจะพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อถึงร้อยละ 20-30[13] และการติดเชื้อถือเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง[10,12] อาการแสดงที่สำคัญ และอาจเป็นอาการแสดงอย่างแรกที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อขึ้น คือไข้[6] เรียกภาวะไข้ที่เกิดร่วมกับนิวโทรฟิลต่ำ (febrile neutropenia) อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะนิวโทรฟิลต่ำมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นผลให้มีการเสียชีวิต ความเจ็บป่วย และค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านเชื้อรา นอกจากนี้ยังเป็นการลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการเลื่อนระยะเวลาการรักษาออกไปหรือการลดขนาดยาลงทำให้การรักษาโรคได้ผลไม่เต็มที่[8,14,15]

การจัดการความรู้ (knowledge management) มีบทบาทสำคัญในการยกระดับศักยภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาลการจัดการความรู้จะช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและได้รับความรู้ที่เหมาะสมที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทางสุขภาพ นอกจากนี้การจัดการความรู้ยังส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย[16]ในบริบททางการพยาบาลมีสารสนเทศที่หลากหลายที่มีผลต่อการตัดสินใจในกระบวนการพยาบาล การจัดการความรู้มีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมศักยภาพพยาบาลเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลในระดับสูง[11] พยาบาลควรมีการเผยแพร่แลกเปลี่ยนทั้งความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) กับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริม ยกระดับความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้รับ[17]

วงจรจัดการความรู้ตามโมเดลเซกิ (SECI Model) ถูกเสนอโดยโนนากะ กับ ทาเคอุชิ เป็นกรอบคิดที่มองการปฏิสัมพันธ์และการจัดการข้อมูลมองค์ประกอบของการจัดการความรู้ที่เน้นกระบวนการเริ่มจากการสร้างความรู้ การนำเสนอความรู้การใช้ความรู้และการถ่ายทอดความรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) กับความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้เรียกว่า “การเปลี่ยนแปลงความรู้” (knowledge conversion) ซึ่งเป็นการมองการจัดการความรู้เป็นแบบหมุนเกลียว (knowledge spiral) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง[18] การจัดการความรู้ทางการพยาบาลเป็นกระบวนการของการกำหนด การแสวงหา การสร้าง การจัดเก็บ และการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อรักษาคุณค่าของความรู้และช่วยให้เกิดความรู้ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการสร้างสรรค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์นำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น[19]

จากสถิติการให้บริการของศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดมากถึง 4,657 คน อยู่ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ จำนวน 238 คน เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4 คน เสียชีวิต 2 คน คิดเป็น 50% ของผู้ป่วยติดเชื้อ จึงถือเป็นประเด็นที่สำคัญในการต่อยอดพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้คลอบคลุม ตั้งแต่การป้องกัน การดูแลรักษา ฟื้นฟู จนกระทั่งการดูแลต่อเนื่อง ทีมผู้วิจัยจึงสนใจนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผ่านกระบวนการจัดการความรู้

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ต่อผลลัพธ์ในการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ อัตราการเกิดการติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการช็อคจากการติดเชื้อ และอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้การจัดการความรู้ภายใต้กรอบทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของเลนซ์ และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) อาการ (symptom) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ซึ่งประเมินได้ใน 4 มิติ คือ คุณภาพ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ และ 3) ผลที่ตามมาของอาการ (consequences) ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ (performance) ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสติปัญญา[20,21] การจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะถูกแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ในทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่านวงจรความรู้แบบเซกิ[18] จนกระทั่งได้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการช็อคจากการติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดลงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ทำการศึกษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 32 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า หรือเท่ากับ 1 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อทดสอบคุณภาพของการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน– พฤษภาคม พ.ศ.2561 มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. มีค่า ANC น้อยกว่า 2,000 cell/mm^3
3. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป
4. ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS ≤60

การคำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$n = P(1-P) Z^2 / e^2$

P = 0.0194 (อุบัติการณ์การเกิด febrile neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งที่ภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำเท่ากับ 19.4 per 1000 oncology admission[22]

Z = 1.96 (ต้องการความเชื่อมั่น 95%), E = 0.05 (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%)

แทนค่า $n = 0.0194(1-0.0194)(1.96)^2 / (0.05)^2$

n = 29.232 ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเก็บขนาดตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 คน

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ทีมผู้วิจัยเลือกวิธีเก็บข้อมูลหลายแบบ หลายแหล่งในช่วงเวลาที่ต่างกัน วิธีการเก็บข้อมูลที่เลือกใช้ คือ การสนทนาตามธรรมชาติ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม แบบสอบถาม แบบบันทึกกิจกรรมการจัดการความรู้และการวิเคราะห์เอกสาร ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยหลักได้ดำเนินการประชุมทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะทีมนักวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวิจัยด้วยกระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ รวมถึงทักษะเฉพาะในการเก็บข้อมูลทั้งในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ด้วยการนำแบบบันทึกกิจกรรมการจัดการความรู้แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ 1 ท่าน เมื่อทดสอบความเที่ยงด้วยค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ได้ค่าครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลในการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ก่อนการดำเนินการวิจัย ใบรับรองเลขที่ 0602017

ผลการวิจัย

บริบท

สถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ศูนย์มะเร็งถือเป็น 1 ใน 4 ของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการการดูแลรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน อายุ เฉลี่ย 35.81 ปี (RANGE 23-56 ปี), SD. = 10.36) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เฉลี่ย 6.38 ปี (RANGE 1-21 ปี), SD. = 4.57) ส่วนใหญ่เพศหญิง 31 คน (ร้อยละ 96.90) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 16 คน (ร้อยละ 50.00) และผ่านการอบรมหลักสูตรการให้เคมีบำบัด 23 คน (ร้อยละ 71.90)

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของเลนซ์ และคณะ โดยนำมาเป็นแนวทางในการเปิดประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายที่คลอบคลุมประสบการณ์การเกิดอาการของผู้ป่วย (อุบัติการณ์การเกิดอาการ ความรุนแรงของการเกิดอาการ การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน) ปัจจัยทางร่างกาย (จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (absolute neutrophil count) ความเข้มข้นของเลือด (hemoglobin) ปัจจัยทางจิตใจ (อาการซึมเศร้า การกระทบต่อจิตวิญญาน) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (แหล่งสนับสนุนทางสังคม) ประเด็นที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จำถูกนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้กรอบคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์[21]

ผลลัพธ์ของกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละรายนำมาสู่การกลับมาทบทวนทั้งในส่วนของกระบวนการในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นตามหลักการของการจัดการความรู้ตาม SECI model ที่การจัดการความรู้นั้นย่อมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปภาพรวมของการดำเนินการในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560-พฤษภาคม 2561 สรุปได้ดังภาพที่ 1

จากกระบวนการการจัดการความรู้ภายใต้กรอบทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวพบว่า ช่วยให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ การประเมินกลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การพยาบาลที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิด febrile neutropenia การวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิด febrile neutropenia และ การติดตามอาการหลังจำหน่าย

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วยการประเมิน 2 ด้าน คือ 1) ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ของบุคลากรทางการพยาบาล และ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รายละเอียดดังนี้

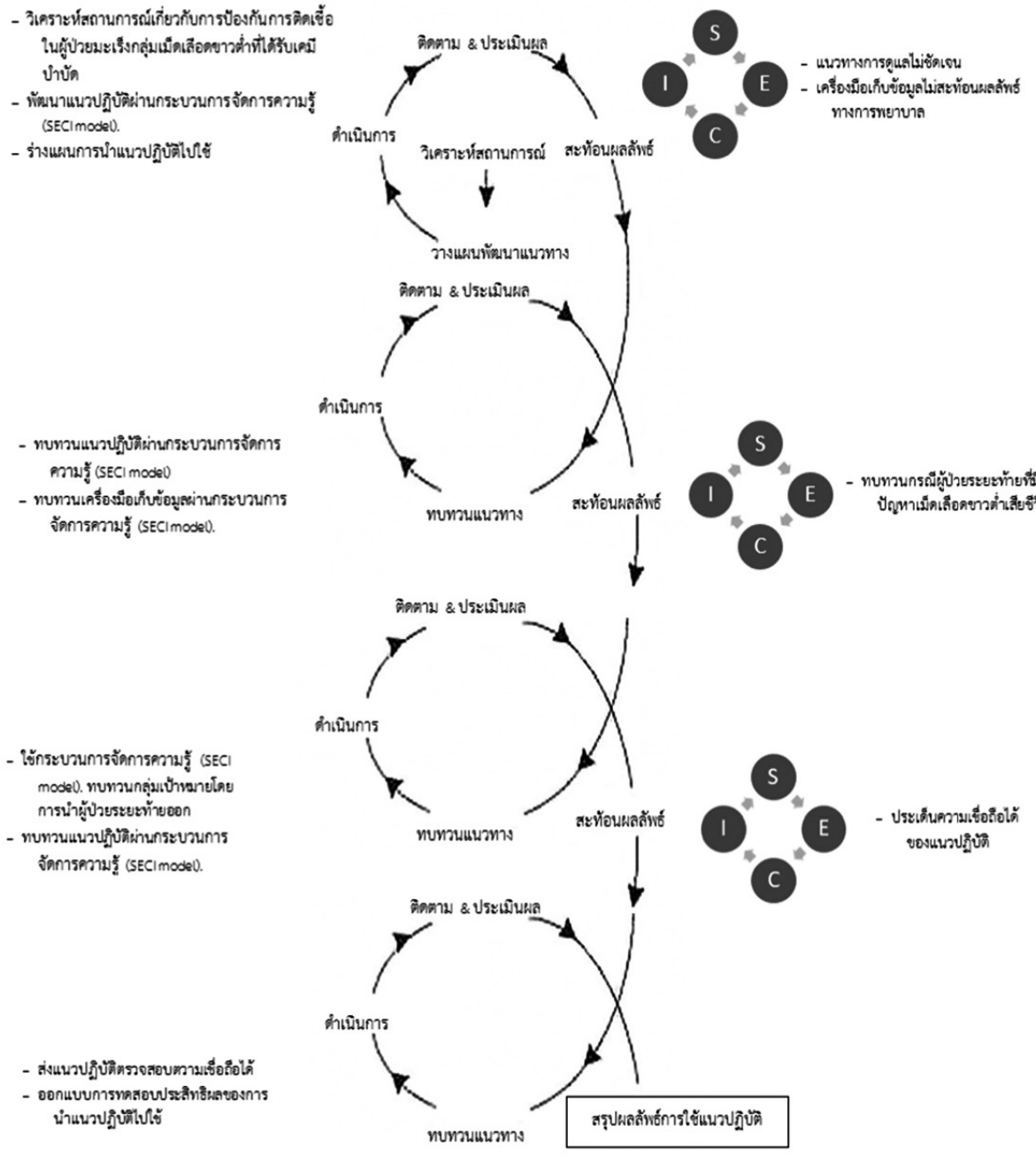
ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ของบุคลากรทางการพยาบาล

เมื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมร้อยละ 100.0 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมากทุกข้อรายการ โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดมี 2 หัวข้อ คือ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (ร้อยละ 93.80) และเห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 93.8) รองลงมา คือ สามารถนำไปปฏิบัติได้ (ร้อยละ 78.10)

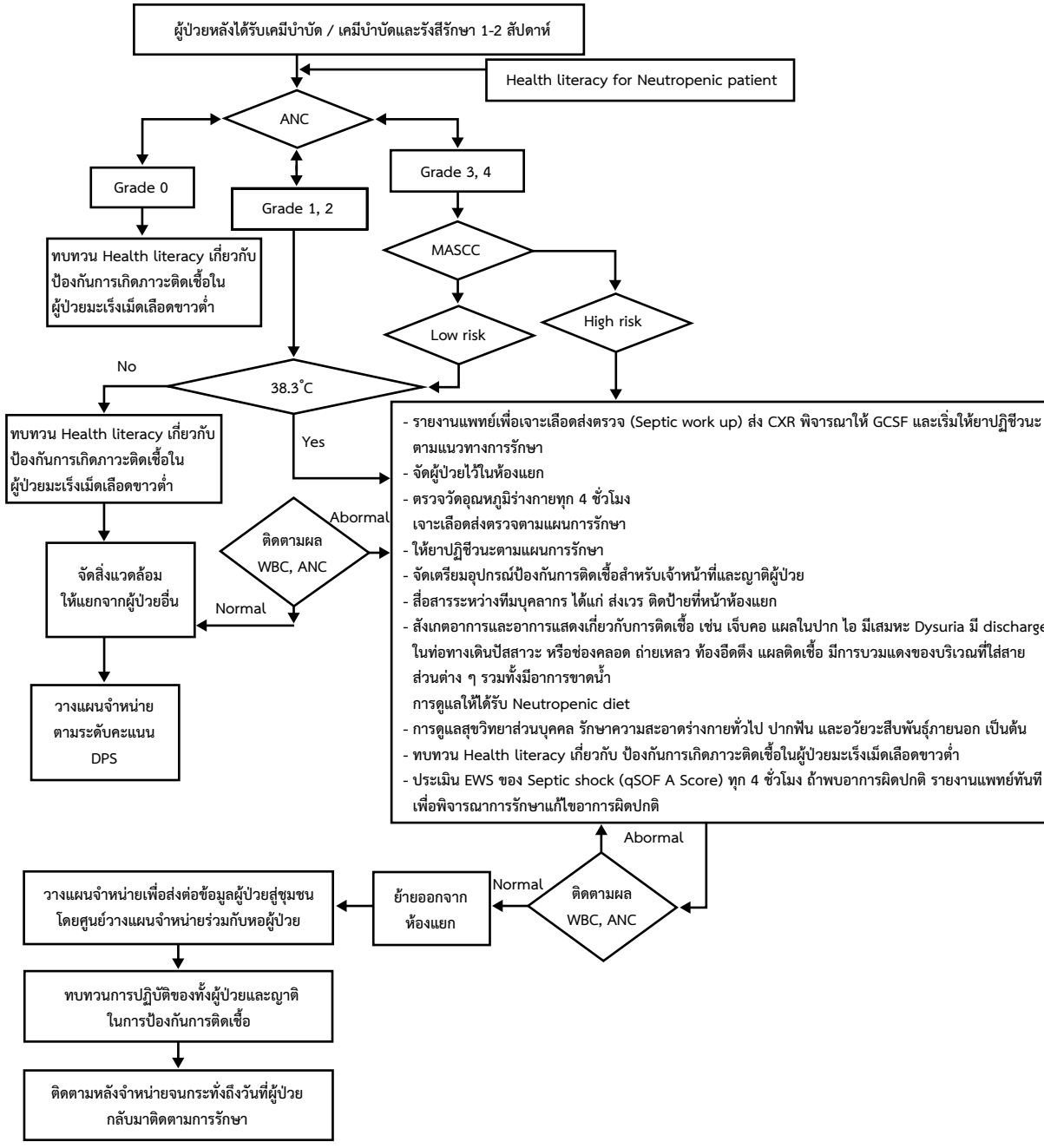
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ย 61.30 ปี (RANGE 39-77 ปี), SD. = 10.61) BMI เฉลี่ย 22.14 (RANGE 15-34), SD. = 4.52) ส่วนใหญ่เพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 66.70) เข้ารับการรักษาด้วยโรค CA colon 16 คน (ร้อยละ 53.30) ไม่พบโรคร่วม 2 คน (ร้อยละ 90.00) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว 28 คน (ร้อยละ 93.30) และพบค่า ANC อยู่ในเกรด 1 จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.30)

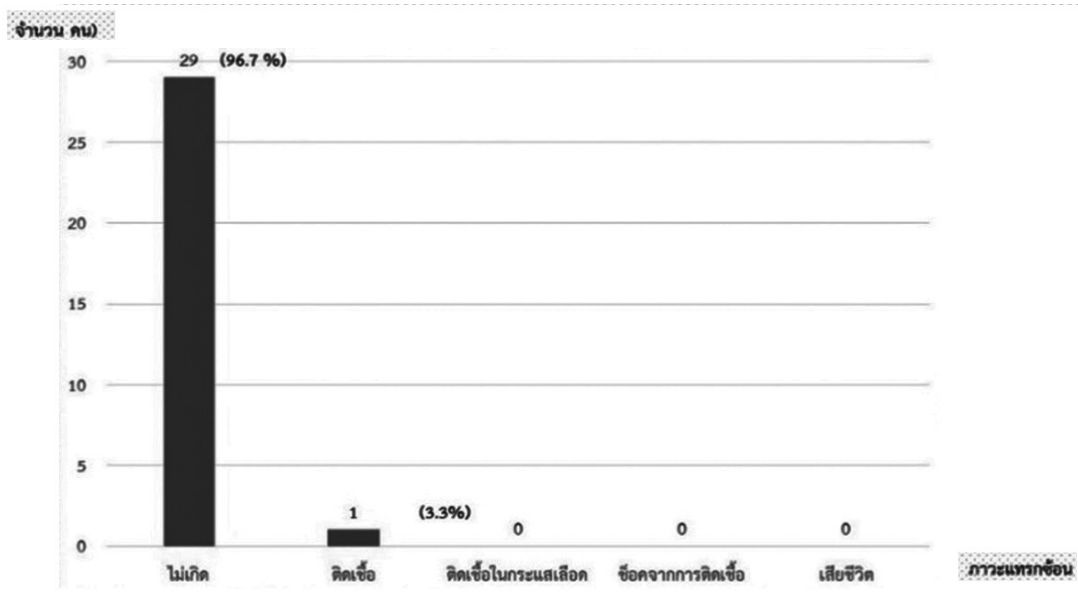
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ถูกพัฒนาขึ้นในกระบวนการวิจัยผ่านการจัดการความรู้เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำพบร้อยละ 3.30 ส่วนอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ อุบัติการณ์การเกิดการช็อคจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากอาการช็อคจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ พบร้อยละ 0, 0, และ 0 ตามลำดับ



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



ภาพที่ 3 แสดงอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อ การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การช็อคจากการติดเชื้อ และการเสียชีวิตจากการช็อค จากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

หัวข้อ	การปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินกลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	30	100
2. การพยาบาลที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิด febrile neutropenia	30	100
3. การวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิด febrile neutropenia	30	100
4. การติดตามอาการหลังจำหน่าย	30	100

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	17(53.10)	14(43.80)	1(3.10)
2. เนื้อหามีความชัดเจน	23(71.90)	8(25.00)	1(3.10)
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	25(78.10)	6(18.80)	1(3.10)
4. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	30(93.80)	2(6.30)	0(0)
5. เห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติ	30(93.80)	2(6.30)	0(0)

อภิปราผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติฯในการวิจัยนี้ได้ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผ่านโมเดลเซกิ มีการสร้างความรู้การนำเสนอความรู้การใช้ความรู้และการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ชัดแจ้งด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ กับความรู้ฝังลึกจากประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแต่ละคนจนเกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี[19] ที่สะท้อนจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯนี้ไปใช้ คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 3.30 ส่วนอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ อุบัติการณ์การเกิดการช็อคจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำ อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากอาการช็อคจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่ำพบร้อยละ 0, 0 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลอื่นที่มุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด[23] สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นแก้ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับระดับของความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ร่วมกับการประเมินกลุ่มเสี่ยงผ่านการใช้เครื่องมือคัดกรองที่ได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี[24,25] การจัดการความรู้ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทั้งประเด็นของความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการพยาบาลตั้งแต่แรกรับเข้ารับการดูแลรักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน[26,27] ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของศักยภาพของพยาบาล[11] นอกจากนี้การจัดการความรู้สามารถปรับปรุงการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างกระบวนการดูแลผู้ป่วย[28]

สำหรับประเด็นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรที่พบว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน (ร้อยละ 100.00) ในทุกหัวข้อ ประกอบด้วย การประเมินกลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การพยาบาลที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะไข้ที่เกิดร่วมกับนิวโทรฟิลต่ำ (febrile neutropenia) การวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตามระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะไข้ที่เกิดร่วมกับนิวโทรฟิลต่ำ และ การติดตามอาการหลังจำหน่ายที่ถือว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่พบว่า ความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ (ร้อยละ 53.10) เนื้อหามีความชัดเจน (ร้อยละ 71.90) สามารถนำไปปฏิบัติได้ (ร้อยละ 78.10) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (ร้อยละ 93.80) และเห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 93.80) ถือว่าอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์เชิงบวกทั้งสองด้านอาจเกิดขึ้นเนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมีทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารทางการพยาบาล รวมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ตามแนวคิดการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมได้มีการทดลองปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาลและไม่ถือว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มภาระงาน[25]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ ทักษะ รวมทั้งสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

References

1. WHO. Cancer. [cited 2018 Dec 10]. Available from: https://www.who.int/cancer/PRGlobocan Final.pdf
2 World cancer research fund international. Worldwide cancer data: global cancer statistics for the most common cancers. [cited 2019 Feb 10]. Available from: https://www.wcrf.org/ dietandcancer/ cancer-trends/worldwide-cancer-data.
3. Stewart B, Chistopher PW. Risting burden of cancer: world cancer report 2014. [cited 2018 Dec 10]. Available from: http://www.ias.org.uk/
4. Imsamran W, Pattatang A, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al, editors. Cancer in Thailand. Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Thammada Press; 2018.
5. American cancer society. Facts & Figures 2018: Rate of deaths from cancer continues decline. [cited 2020 March 20]. Available from: https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2018-rate-of-deaths-from-cancer-continues-decline.html
6. Gordon M.S. Myelosuppression. In: Kirkwood JM, Lotze MT, Yasko JM, Editors. Current cancer therapeutics 4th ed. London: Current medicine group; 2019. P. 374-81.
7. Yasunori H, Mari K, Takeshi F, Tomoyuki I, Tomoyo Y, Toshiyuki S. Chemotherapy-induced neutropenia and febrile neutropenia in patients with gynecologic malignancy. Anti-Cancer Drugs 2015;26(10):1054-60.
8. Warnock C. Neutropenic sepsis: prevention, identification and treatment. Nursing standard 2016;30(35):51-60.
9. Livingston PM, Craike M, Slavinb M. Clinical and economic burden of emergency department presentations for neutropenia following outpatient chemotherapy for cancer in victoria, australia. Oncologist 2012;17(7):998–1004.
10. Cancer network. infectious complications. [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://www. cancernetwork.com/ cancer-management/infectious-complications
11. Strojnik K, Mahkovic-Hergouth K, Novakovic JB, Seruga B. Outcome of severe infections in a febrile neutropenic cancer patients. Radiol Oncol 2016;50(4):442–48.
12. Zembower TR. Epidemiology of infections in cancer patients. Cancer Treatment and Research 2014;161:43-89.
13. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, Wingard JR. Infectious diseases society of America: clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer. [cited 2017 Oct 4]. Available from: https://www.idsociety.org/ uploadedFiles/ IDSA/Guidelines-Patient_Care/PDF_Library/FN.pdf
14. Dolan S, Crombez P, Munoz M. Neutropenia management with granulocyte colony stimulating factor: from guidelines to nursing practice protocols. Eur J Oncol NursCancer 2005; S14-23.

15. Wang XJ, Wong CM, Chan A. Psychometric properties of the functional assessment of cancer therapy-neutropenia in Asian cancer patients with chemotherapy-induced neutropenia. J Pain Symptom Manage 2016; 52(3): 428-36.
16. Khammarnia M, Shahsavani F, Shahrakipour M, Barfar E. Relationship between knowledge management and quality of working life in nursing staff of zahedan teaching hospitals, 2014. Health Scope 2015;4(1):e22696.
17. Rocha FSB, NagliateI P, FurlanI CEB, JrII KR, Trevizan MA, Mendes IAC. Knowledge management in health: a systematic literature review. [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200024
18. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press; 1995.
19. Sanprasarn P. Jamsomboon K. Knowledge management in cardiac nursing: quality Improvement. Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing 2013;24(1):84-95. (in Thai)
20. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. Advances in Nursing Science 1997;19:14-27.
21. Kim HS, Oh EG, Lee H, Kim SH, Kim HK. Predictors of symptom experience in Korean patients with cancer undergoing chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2015;19(6):644-53.
22. Schelenz S, Giles D, Abdallah S. Epidemiology, management and economic impact of febrile neutropenia in oncology patients receiving routine care at a regional UK cancer center. Annals of Oncology 2012;23(7):1889–93.
23. Chaiyawong N. The development of a clinical nursing practice guideline for prevention of infection in chemotherapy induced neutropenic cancer patients at ward 5e, Srinagarind hospital. [Master thesis] Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
24. Chamsingkam S. Tongue-tie care system for promotes breast feeding at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Journal of Health Science 2015;24:420-29. (in Thai)
25. Rukwong P, Somdee P, Sukwanichchareon K. Effect of knowledge management on caring outcomes of cancer patient receiving chemotherapy Journal Of Nurses' Association Of Thailand, North-Eastern Division 2013;31(4):152-87. (in Thai)
26. Fadhillah H, Muhammad Hadi M. Effect of nurse performance in patient safety target based on knowledge management: SECI on quality of nursing services. IJINNA 2018;1(1):1-12.
27. Kamalanathan NA, Eardley A, Chibelushi C, Collins T. Improving the patient discharge planning process through knowledge management by using the internet of things. Advances in Internet of Things 2013;3(2A):16-26.
28. Simon L.The relationship between knowledge management tools and interprofessional healthcare team decision making. [doctoral thesis]. Minnesota: Walden University; 2016.

บทความวิจัย

การพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาพยาบาล

Developing the Patient Safety Awareness Competency Framework for Nursing Students

Received: Mar 10, 2020
Revised: Mar 24, 2020
Accepted: Apr 3, 2020

จุฑารัตน์ บันดาลสิน พย.ม. (Jutarat Bandansin, M.N.S.)[1]
ดนุลดา จามจุรี กศ.ด. (Danulada Jamjuree, Ed.D.)[2]
มนัส บุญประกอบ Ed.D. (Manat Boonprakob, Ed.D.)[3]
สายสมร เฉลยกิตติ กศ.ด. (Saisamorn Chaleoykitti, Ed.D.)[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย และสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ 1) การศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์พยาบาลที่ได้รางวัลปฏิบัติการพยาบาลดีเด่น จำนวน 9 คน 2) นำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นกรอบสมรรถนะ 3) พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล 4) ทดลองใช้เครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 20 คน ผลการศึกษากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ นำมาสร้างแบบประเมินสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วย ดังนี้ องค์ประกอบ 1 การจัดการให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย มีรายการประเมิน 4 ข้อ และองค์ประกอบ 2 การแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีรายการประเมิน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกแบบแยกองค์ประกอบตามระดับการตระหนักรู้ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าด้านความตรงเชิงเนื้อหารายการประเมินมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบและจุดประสงค์การวัด เกณฑ์การให้คะแนนรูบริกของแต่ละระดับการตระหนักรู้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับระดับคุณภาพ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.56-1.00 ด้านความตรงเชิงจำแนกเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกโดยนำแบบประเมินไปทดลองให้คะแนนการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนการตระหนักรู้ของนักศึกษากลุ่มที่มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับดี ระดับพอใช้ และระดับต้องปรับปรุง ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis H Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H(2) = 12.025$, $p = .002$) และความเที่ยงระหว่างผู้ให้คะแนนคือ พยาบาลนิเทศกับผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) =.882 แสดงว่ากรอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยที่สังเคราะห์ขึ้นสามารถนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย และใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับให้คำแนะนำนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาจุดเด่นและแก้ไขจุดบกพร่องในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ, การตระหนักรู้, ความปลอดภัยผู้ป่วย, นักศึกษาพยาบาล

[1] *Corresponding Author นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, Email: jutarat_b@rtanc.ac.th*
[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: danulada@g.swu.ac.th*
[3] *คณะกรรมการบริหารหลักสูตร สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: manatboo@swu.ac.th*
[4] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก Email: saisamorn2006@hotmail.com*
[1,2,3] *Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand*
[4] *The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand*

Abstract

This research and development aimed to develop a framework for patient safety awareness and to create a tool to assess patient awareness competencies in nursing students. The research was conducted 4 phages 1) to study information related to patient safety to set the framework for the study of patient safety awareness and then the patient safety framework was used to interview 9 professional nurses who received the Outstanding Nursing Practices Award. 2) data from the interview were used to synthesize patient safety awareness framework 3) to develop a tool to assess patient safety awareness competency for nursing students 4) to try out the tool with 20 second years nursing students. Research findings were as follows:

1. The competency of patient safety awareness consisted of 2 components. 1) Patient safety management, consists of 4 assessment items and 2) problem solving to ensure safety on patient care, consists of 3 assessment items. The draft evaluation form, which had a rubric scoring based on awareness level which is divided into 5 levels, was checked by the experts for the quality of content straightness. It was found that the evaluation items were consistent with the measurement components and objectives. The rubric scoring for each level of awareness was appropriate by the quality level. The IOC was between 0.56-1.00.

2. The rubric scoring criteria were classified by comparison analysis. The median of mean score awareness of nursing students in a group of nursing practice skills is at a good level, satisfactory level, and needs improvement level with the Kruskal-Wallis H Test statistics, there was a statistically significant difference between the number of nursing students by different group types ($H(2) = 12.025$, $p = .002$). The reliability between the raters, there was a statistically significant consistency between supervision nurses and researchers at .05 level with Pearson's correlation coefficient ($r) = .882$.

This patient safety competency framework could be assessed by the patient safety awareness behavior and used as feedback data for nursing students to develop their strengths and improve their weaknesses.

Keyword: competency framework, awareness, patient safety, nursing students

บทนำ

ความปลอดภัยผู้ป่วย (patient safety) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระหว่างกระบวนการรักษาพยาบาล[1,2] เป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการทุกคนคาดหวังที่จะได้รับเมื่อมาใช้บริการในสถานพยาบาล จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิด มีบทบาทในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงและปกป้องอันตรายให้กับผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ความรู้ ทักษะ และการตระหนักต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตั้งอยู่บนหลักการความปลอดภัย และไม่กระทำกิจกรรมการพยาบาลที่เสี่ยงต่ออันตรายแก่ผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันพบว่าประเด็นความผิดพลาด (error) ในกระบวนการดูแลรักษายังนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้[3] และมีผลกระทบต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณ และการฟ้องร้องดำเนินคดีทางกฎหมาย[4] จากผลกระทบและแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ก่อตั้งโครงการความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นในปี พ.ศ. 2547 เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้และรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและความสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วย[5] สำหรับในประเทศไทยสภาการพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ในสมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย และด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์[6] เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องให้ความตระหนักถึงทุกครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ) ซึ่งเป็นผู้ตรวจประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความตระหนักถึงเป็นอันดับแรก โดยบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไว้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล[7] ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะพัฒนาบริการสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ

จากการศึกษาประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลพบว่า เกิดจากการจัดการระบบบริหารความเสี่ยง และความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคลากรซึ่งพบได้มาก ได้แก่ การสื่อสารไม่ชัดเจน ขาดการทำงานเป็นทีม ความอ่อนล้าในการปฏิบัติงาน รวมถึงขาดการตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยง และข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[8] นอกจากนี้การสำรวจในนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ระบุว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากความผิดพลาดของบุคคลมากกว่าความล้มเหลวของระบบการปฏิบัติงาน[9,10] สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาที่เคยปฏิบัติงานผิดพลาดมักเกิดขึ้นระหว่างการฝึกงานในชั้นปีที่ 3 มากที่สุด และลักษณะความผิดพลาดส่วนใหญ่เป็นการให้ยาผิดซึ่งมีสาเหตุมาจากขาดความละเอียดรอบคอบ ขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติตามเทคนิคหรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง[11] สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพบริการด้านสุขภาพยังมีความรู้และทักษะในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่บริบทของระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื้อหาเรื่องความปลอดภัยและความเสี่ยงที่มีหลักสูตรของผู้ประกอบวิชาชีพบริการด้านสุขภาพยังเป็นเพียงความรู้เบื้องต้นเท่านั้น และยังขาดการบูรณาการสู่การจัดการเรียนรู้ทางคลินิก[5,9,12] จึงเป็นสิ่งที่สถานศึกษาทางการพยาบาลต้องนำมาปรับปรุงพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะด้านความปลอดภัยที่เพียงพอพร้อมร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและยกระดับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้

จากความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยคาดหวังว่ากรอบสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางสำหรับการจัดการเรียนการสอนและการประเมินเพื่อการเรียนรู้ (Assessment for learning) ในการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษา

พยาบาลทั้งจากความรู้ทางทฤษฎี และประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานจะช่วยบ่มเพาะให้ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัย อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยจนกระทำเป็นปกติวิสัย เป็นการส่งเสริมสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาลพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะของ CPSI (The Canadian Patient Safety Institute)[13] กรอบสมรรถนะของ QSEN (The Quality & Safety Education for Nursing)[14] และการศึกษาองค์ประกอบการวัดผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยในพยาบาลวิชาชีพ[15] ซึ่งมุ่งเน้นลดความเสี่ยงการเกิดอันตรายที่เกิดจากระบบงานและการปฏิบัติงานของบุคลากรที่คำนึงถึงข้อจำกัดของความรู้และทักษะ รวมถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลผู้ปฏิบัติการพยาบาลดีเด่นซึ่งมีพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบอย่างให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety Goal: SIMPLE) ของสถาบันรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของประเทศไทย (สรพ)[7] นำมากำหนดองค์ประกอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วย สำหรับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการตระหนักรู้ของ Farthing[16] แนวคิดการตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ของ Endsley[17] นำมากำหนดระดับการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย และแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะผู้เรียนของสภาการอุดมศึกษาแห่งรัฐออนแทรีโอ[18] นำมาใช้สร้างเกณฑ์ประเมินแบบรูบริกแยกองค์ประกอบเพื่อประเมินระดับการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มี 4 ระยะ คือ 1) การพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการศึกษาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลปฏิบัติการพยาบาลดีเด่น 2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของกรอบสมรรถนะ 3) สร้างแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล 4) การทดลองใช้เครื่องมือดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจโดยนำแบบประเมินไปใช้สังเกตพฤติกรรมและให้คะแนนการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะการพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลปฏิบัติการพยาบาลดีเด่นของหน่วยงาน หรือองค์กรวิชาชีพในช่วงปี พ.ศ. 2555-2560 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกของสถาบันการศึกษาพยาบาล 3) มีประสบการณ์นิเทศพยาบาลจบใหม่หรือนักศึกษาพยาบาล 4) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักตามแนวทางการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาจำนวน 6 ถึง 10 คน[19] โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลอิ่มตัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งสิ้น 9 คน

2. ระยะการทดลองใช้เครื่องมือ

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 97 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ผลัดที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มชนิดขั้นตอนเดียว (One-Stage Cluster Random Sampling) โดยใช้หอผู้ป่วยที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเป็นหน่วยการสุ่ม (Sampling Unit) จำนวน 3 หอผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยๆ ละ 6-7 คน รวมนักศึกษาพยาบาลทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระยะการพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาขึ้นจากองค์ประกอบความปลอดภัยผู้ป่วย และคุณลักษณะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยจากการศึกษาเอกสารในช่วงปี พ.ศ. 2550-2561 ร่วมกับวิเคราะห์งานที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติ (task analysis) นำมาสร้างประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรมตามเทคนิค STAR มีคำถามดังนี้ 1) Situation: S ท่านมีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องความปลอดภัยหรือไม่ เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับอะไร 2) Task: T สถานการณ์ที่เผชิญนั้นเกี่ยวข้องกับงานที่ท่านต้องปฏิบัติอย่างไร 3) Action: A ขอให้ท่านเล่าถึงการปฏิบัติงานเมื่อต้องเผชิญปัญหาเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย 4) Results: R ท่านรู้สึกหรือคิดอย่างไรกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์นี้โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และทดลองสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

2. ระยะการทดลองใช้เครื่องมือ

แบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาลมีรายการประเมิน 7 ข้อ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกแบบแยกองค์ประกอบตามระดับการตระหนักรู้ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 ถึงระดับ 4 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาขององค์ประกอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยและพฤติกรรมบ่งชี้ของแต่ละระดับการตระหนักรู้โดยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลและการศึกษาทางการพยาบาล 6 คน และการวัดผลทางการศึกษา 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรมจากอนุกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561 (รหัส Q020q/61_Exp) และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2561 (หมายเลขรับรอง: SWUEC/E-24722561)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลองค์ประกอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยโดยการศึกษางานวิจัย และวิเคราะห์งานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วย และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลปฏิบัติการพยาบาลดีเด่นจำนวน 9 คน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2561

2. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มข้อมูล และสร้างข้อสรุปกรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของกรอบสมรรถนะ นำข้อสรุปองค์ประกอบกรอบสมรรถนะไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล และการวัดผลทางการศึกษา จำนวน 9 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา หากองค์ประกอบกรอบสมรรถนะใดมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป คัดเลือกไว้เพราะสามารถประเมินได้ตรงตามนิยาม[20]

ระยะที่ 3 สร้างแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล นำองค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้สมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยจากระยะที่ 2 มาสร้างแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะเป็นเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกแบบแยกองค์ประกอบ (analytic scoring rubric) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนรูบริก โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 คน พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 คัดเลือกไว้เพราะเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกสามารถประเมินได้ตรงตามวัตถุประสงค์และนิยามขององค์ประกอบนั้นจริง[20]

ระยะที่ 4 การทดลองใช้เครื่องมือ

1. เก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยไปทดลองใช้ประเมินพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 20 คน ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2561-4 มกราคม 2562 เพื่อตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลผลการทดลองใช้แบบประเมินเพื่อประเมินคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ความตรงเชิงจำแนกของเกณฑ์การให้คะแนนรูบริก ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) หากมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกสามารถจำแนกระดับการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของผู้เรียนได้จริง[20] แต่ในการทดลองครั้งนี้มีขนาดตัวอย่างเล็ก จึงใช้สถิตินอนพาราเมตริก Kruskal-Wallis H Test ทดสอบแทน

2.2 ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater) พิจารณาความสอดคล้องการให้คะแนนของพยาบาลวิชาชีพกับอาจารย์นิเทศ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person product moment correlation coefficient) มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ถือว่าเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกมีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับที่ใช้ได้[20]

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษากรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล

1.1 กรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาลพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะของ CPSI[13] กรอบสมรรถนะของ QSEN[14] เป้าหมายการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย Patient Safety Goal: SIMPLE ของประเทศไทย[7] และการสัมภาษณ์พยาบาลดีเด่นพบว่าประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ดังนี้

สมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาพยาบาลที่ให้ความใส่ใจปกป้องหรือลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดของความรู้ ทักษะ และการละเลยที่จะป้องกันความผิดพลาด รวมถึงบรรเทาอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการหาแนวทางเพื่อลดหรือขจัดความเสี่ยงที่อาจก่ออันตรายกับผู้ป่วย ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 การจัดการให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทางกายภาพมาบูรณาการเข้ากับแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การตรวจจับความเสี่ยง 2) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย 3) การรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร 4) การสื่อสารเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย หมายถึง การนำความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานมาแก้ไขปัญหาความปลอดภัยผู้ป่วยโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้หลักการความปลอดภัยผู้ป่วยมาปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย รวมถึงมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วย 2) การปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.2 ผลการพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล พบว่าทุกองค์ประกอบ IOC มีค่าตั้งแต่ 0.78 ถึง 1.00

2. ผลการสร้างเครื่องมือวัดและประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษา

แบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนนรูบริกแบบแยกองค์ประกอบ 5 ระดับ คือ ระดับ 0 ไม่ตระหนักรู้ ระดับ 1 ตระหนักรู้ผิวเผิน ระดับ 2 ตระหนักรู้ด้วยความจำ ระดับ 3 ตระหนักรู้ด้วยความเข้าใจ และระดับ 4 ตระหนักรู้คุณค่า โดยแต่ละระดับการตระหนักรู้มีคำอธิบายคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมแสดงให้เห็นถึงคุณภาพในการปฏิบัติงานที่แตกต่าง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีดังนี้

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหาของเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริกแยกองค์ประกอบ พบว่า IOC มีค่าผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 0.56 ถึง 1.00 นำรายการประเมินข้อที่ IOC มีค่าระหว่าง 0.56-0.78 มาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยปรับเนื้อหารายการประเมินโดยขยายความหรือยกตัวอย่างและปรับภาษาให้มีความกระชับชัดเจนยิ่งขึ้น ได้แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ภายหลังการปรับแก้จำนวน 7 ข้อ แสดงดังตาราง 1

2.2 ความตรงเชิงจำแนกของเกณฑ์การให้คะแนนรูบริก ทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนนการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลดี พอใช้ได้ และต้องปรับปรุง รวมจำนวน 20 คน พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษากลุ่มที่มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับดีจำนวน 7 คน เท่ากับ 15.21 กลุ่มที่มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับพอใช้จำนวน 7 คน เท่ากับ 11.36 และกลุ่มที่มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลระดับต้องปรับปรุงจำนวน 6 คน เท่ากับ 4.00 และเมื่อนำค่ามัธยฐานมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Kruskal-Wallis H Test ผลการทดสอบสรุปได้ว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 กลุ่ม มีอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($H(2) =$

12.025, p = .002) และผลการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบรายคู่แสดงดังตาราง 2

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานรายคู่ด้วยสถิติอ้างอิงนอนพาราเมตริก Kruskal-Wallis H Test สรุปได้ว่าค่ามัธยฐานของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระดับต้องปรับปรุงแตกต่างกับกลุ่มระดับพอใช้ และกลุ่มระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) แต่ค่ามัธยฐานของกลุ่มที่มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระดับพอใช้กับกลุ่มระดับดีแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) อาจเนื่องจากข้อความเกณฑ์รูบริกระดับ 3 ตระหนักรู้ด้วยความเข้าใจและระดับ 4 ตระหนักรู้ในคุณค่า สามารถประเมินความแตกต่างของพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระดับพอใช้กับกลุ่มระดับดีได้ไม่ชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยนำไปปรับปรุงคำอธิบายเกณฑ์รูบริกโดยขยายความหรือยกตัวอย่างพฤติกรรมบ่งชี้ของเกณฑ์รูบริกทั้ง 2 ระดับ ให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างเป็นรูปธรรม

2.3 ผลการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ในแต่ละหอผู้ป่วยที่นักศึกษาพยาบาลฝึกงานคือ พยาบาลนิเทศ 1 คน กับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยนำแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยไปใช้สังเกตพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย ในระหว่างนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบว่าการให้คะแนนของพยาบาลนิเทศกับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) โดยมีค่า r=.882

ตารางที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยในนักศึกษาพยาบาล

ระดับคุณภาพ	พฤติกรรมบ่งชี้การตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย
องค์ประกอบการจัดการให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย	
ข้อ1 การตรวจจับความเสี่ยง	
ระดับ 0	ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง
ระดับ 1	สามารถรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และระบุถึงความเสี่ยงที่ต้องนำมาวางแผนการพยาบาล
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และนำความรู้และประสบการณ์มาอธิบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังความเสี่ยง
ระดับ 4	แสดงพฤติกรรมระดับ 3 และประเมินคาดการณ์ผลกระทบของความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและญาติทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม และนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยง
ข้อ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย	
ระดับ 0	ปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่นำข้อมูลความเสี่ยงกับผู้ป่วยทั้งทางคลินิกและกายภาพมาร่วมพิจารณา
ระดับ 1	บอกความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากปฏิบัติการพยาบาลที่ป้องกันได้
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลและประสบการณ์ที่เคยได้เรียนรู้มา
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และค้นหาความรู้และนำประสบการณ์ที่เรียนรู้มาพิจารณาการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง
ระดับ 4	แสดงพฤติกรรมระดับ 3 และใส่ใจต่อการทวนสอบข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ/มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดในทุกสถานการณ์
ข้อ 3 การรับรู้และตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร	
ระดับ 0	ไม่สอบถามข้อมูลความต้องการหรือความไม่สุขสบาย และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
ระดับ 1	สอบถามข้อมูลความต้องการหรือความไม่สุขสบาย และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และให้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรือการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นกับผู้ป่วยหรือญาติ
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการ/ความไม่สุขสบายที่อาจเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย
ระดับ 4	แสดงพฤติกรรมระดับ 3 และแสดงออกด้วยคำพูดหรือท่าทางที่ใส่ใจกับข้อมูลและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติต่อสถานการณ์/สภาวะการเจ็บป่วยที่อาจเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยในนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ระดับคุณภาพ	พฤติกรรมบ่งชี้การตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย
ข้อ 4 การสื่อสารเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ	
ระดับ 0	ไม่ส่งต่อข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้อาจารย์/พยาบาลได้รับทราบ
ระดับ 1	ส่งต่อและบันทึกข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้อาจารย์/พยาบาลได้รับทราบ
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และรายงานข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิก และทางกายภาพให้อาจารย์/พยาบาลรับทราบ
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และระบุผลกระทบของความเสี่ยงทางคลินิก และทางกายภาพที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
ระดับ 4	พฤติกรรมระดับ 3 และถามซ้ำหรือทักท้วงเมื่อคำสั่งหรือวิธีปฏิบัติไม่ชัดเจนเพื่อป้องกันผลกระทบกับผู้ป่วย
องค์ประกอบการแก้ปัญหาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	
ข้อ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย	
ระดับ 0	ไม่สามารถบอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยได้
ระดับ 1	บอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยได้เบื้องต้น
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และนำความรู้และประสบการณ์มาอธิบายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วยได้
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และนำหลักการความปลอดภัยผู้ป่วยมาอภิปรายผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ระดับ 4	พฤติกรรมระดับ 3 และมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดจากการทบทวนประสบการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยผู้ป่วย และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย
ข้อ 6 การปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย	
ระดับ 0	ไม่ปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วย
ระดับ 1	ปรับปรุงแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงกับผู้ป่วยตามที่อาจารย์หรือพยาบาลชี้แนะ
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และค้นหาความรู้และนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาอธิบายเหตุผลของการปรับปรุงแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และวิเคราะห์ และให้เหตุผลกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล
ระดับ 4	แสดงพฤติกรรมระดับ 3 และแสดงความใส่ใจกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลนำหลักการความปลอดภัยผู้ป่วยมาปรับปรุงแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล
ข้อ 7 การมีส่วนร่วมแก้ปัญหาความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย	
ระดับ 0	ไม่รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้อาจารย์/พยาบาลได้รับทราบ
ระดับ 1	รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจารย์/พยาบาลได้รับทราบ
ระดับ 2	แสดงพฤติกรรมระดับ 1 และพิจารณาการปฏิบัติที่คลาดเคลื่อนซึ่งทำให้เกิดเหตุการณ์เกือบพลาดหรือให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความรุนแรงกับผู้ป่วยตามคำชี้แนะของอาจารย์/พยาบาล
ระดับ 3	แสดงพฤติกรรมระดับ 2 และวิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก หรือประเมิน และติดตามสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย
ระดับ 4	แสดงพฤติกรรมระดับ 3 และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์เกือบพลาดซ้ำ หรือติดตามและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความรุนแรงได้ทันกับสถานการณ์

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานรายคู่ของกลุ่มผู้เรียน

กลุ่มผู้เรียนแบ่งตามระดับทักษะ	Test Statistic	Std. Error	Std. Test statistic	p-value
ต้องปรับปรุง-พอใช้	-7.357	3.265	-2.253	.024
ต้องปรับปรุง-ดี	-11.214	3.265	-3.434	.001
พอใช้-ดี	-3.857	3.137	-1.229	.219

อภิปรายผลการวิจัย

1. กรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาลนี้ พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยของ CPSI, QSEN และ Patient Safety Goal: SIMPLE มีความสอดคล้องกันแนวคิดความปลอดภัยในประเด็นปัจจัยมนุษย์ (human factor) ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วยซึ่ง Reason[21] ได้อธิบายถึงการกระทำที่ก่อให้ความไม่ปลอดภัยมาจากกลไกการคิดของบุคคล เช่น เผลอเรอขาดความเอาใจใส่หรือขาดความตั้งใจ สะเพร่าและการลืม เป็นต้น และยังสอดคล้องกับปัจจัยด้านระบบงานให้ความสำคัญกับการสร้างปราการป้องกันความผิดพลาดของมนุษย์ด้วยการจัดการระบบงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน[1,21-22] นอกจากนี้กรอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยที่ QSEN กำหนดเน้นการสร้างการตระหนักรู้ และความเข้าใจถึงปัจจัยด้านกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกับการเกิดความผิดพลาดหรือเกือบพลาดและการจัดการกับความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความปลอดภัยสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลดีเด่น ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความพร้อมหรือข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และทัศนคติในการปฏิบัติตามหลักการและแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญกับการปลูกฝังทัศนคติการให้การพยาบาลอย่างเอื้ออาทรซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย[23] เมื่อพิจารณาองค์ประกอบการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในแต่ละด้านมีความสอดคล้องกับแนวคิดความปลอดภัยในบริการสุขภาพทั้งมิติของการป้องกันความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์และระบบงานที่มีการสร้างปราการป้องกันความผิดพลาด เนื่องจากองค์ประกอบความปลอดภัยผู้ป่วยเหล่านี้สกัดมาจากความรู้ ประสบการณ์ และสัญชาตญาณที่สั่งสมฝังอยู่ภายในตัวพยาบาล (Tacit knowledge) ซึ่งผ่านการนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยหรือความเสี่ยงที่ได้เผชิญมาแล้ว[24-25] และยังสอดคล้องกับแนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้นำมาใช้จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรสหวิชาชีพสุขภาพโดยมุ่งไปที่การปลูกฝังค่านิยม ความเชื่อ และกระตุ้นการคิดโดยเรียนรู้จากประเด็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้น รวมถึงเชื่อมโยงกับประเด็นจริยธรรมที่บุคคลต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน[5] จากกระบวนการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะความปลอดภัยผู้ป่วยดังกล่าวเชื่อได้ว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาลได้ โดยนำกรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยไปกำหนดเป็นผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง ออกแบบการจัดการเรียนรู้ทางคลินิกที่บูรณาการหลักการและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

2. การสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล พัฒนาขึ้นจากองค์ประกอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย มีเกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริกแยกองค์ประกอบ 5 ระดับ โดยระดับการตระหนักรู้ดังกล่าวได้จากการสังเคราะห์แนวคิดทางจิตวิทยาที่อธิบายการตระหนักรู้ต่อสิ่งเร้าของมนุษย์ในระดับจิตสำนึก (Consciousness awareness)[16] และแนวคิดการตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation awareness) ที่มุ่งเน้นกระบวนการรู้คิด (Cognitive process)[17] ร่วมกับพิจารณา

คุณลักษณะที่เป็นแบบอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัลปฏิบัติการพยาบาลดีเด่นซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการตระหนักรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ การใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติ และคุณลักษณะที่แสดงถึงความสนใจใส่ใจต่อความปลอดภัยผู้ป่วยหรือปัญหาการกระทำผิดพลาดกับผู้ป่วย เมื่อนำเกณฑ์การให้คะแนนไปใช้ประเมินพฤติกรรมการตระหนักรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าสามารถจำแนกระดับการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยของผู้เรียนได้ เนื่องจากคำอธิบายเกณฑ์ตั้งแต่ระดับต่ำสุดไปสูงสุดสะท้อนถึงคุณภาพของผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันของแต่ละระดับการตระหนักรู้ ซึ่งเป็นไปตามหลักการสร้างเกณฑ์แบบรูบริกแยกองค์ประกอบที่ลักษณะของคำอธิบายเกณฑ์ชี้ชัดในเชิงคุณภาพของผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานมากกว่าเชิงปริมาณเช่น จำนวนผลงานหรือจำนวนครั้งหรือความถี่ของพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน[18] นอกจากนี้คำอธิบายเกณฑ์ในแต่ละระดับมีความลดหลั่นกันเหมาะสมกับการประเมินความก้าวหน้าหรือกระบวนการการปฏิบัติงานซึ่งต้องให้ข้อมูลย้อนกลับ และบ่งชี้ถึงแนวทางที่ผู้เรียนจะสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะตามที่คาดหวัง[18,20] เมื่อนำแบบประเมินสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยไปตรวจสอบความเที่ยงด้านผู้ประเมินพบว่า คะแนนประเมินการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในศึกษาพยาบาลของพยาบาลนิเทศกับคะแนนการประเมินของผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) โดยมีค่า $r=.882$ เป็นผลมาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบทำให้การกำหนดนิยามตรงตามทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงคำอธิบายเกณฑ์ในแต่ละองค์ประกอบภาษาที่ใช้มีความชัดเจนแสดงถึงพฤติกรรมที่วัดได้และตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พิจารณาระดับการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในแต่ละองค์ประกอบของนักศึกษาพยาบาลจากการประเมินความเข้าใจในการนำหลักการความปลอดภัยมาบูรณาการกับแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย พฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย การแสดงความคิดเห็น และการสะท้อนคิดการเรียนรู้

2. ควรจดบันทึกพฤติกรรมการตระหนักรู้ตามเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบเพื่อช่วยในการสังเกตและจดจำพฤติกรรม นำความถี่ของพฤติกรรมการตระหนักรู้ไปใช้เป็นข้อมูลและให้เหตุผลในการให้คะแนน

3. นำผลการประเมินมาวิเคราะห์ช่องว่างของความรู้ (Knowledge gap) ทักษะปฏิบัติการพยาบาล และคุณลักษณะ โดยนำประเด็นเหล่านี้มาเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาจุดเด่นและแก้ไขจุดบกพร่องของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. นำกรอบสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยนี้ไปพัฒนาต่อยอดให้ครอบคลุมเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (patient and personnel safety goals)

2. รายการประเมินและพฤติกรรมบ่งชี้การตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยนี้ นำไปพัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลสาขาต่าง ๆ

References

1. Jirapaet V, Jirapaet K. Patient safety management: process concepts and clinical safety practices. 3rd ed. Bangkok: Dansutha Press; 2012. (in Thai).
2. World Health Organization. Part B curriculum guide topics In: WHO patient safety curriculum guide multi-professional edition. Geneva: WHO Press; 2011.
3. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship 2010;42(2):156-65.
4. National Health Security Office. NHSO Annual report fiscal Year 2016. Nonthaburi: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
5. Tassniyom S, & Tassniyom N. WHO Patient safety guide: multidisciplinary edition (Thai version) volume 2. Nonthaburi: DeeWan Press; 2015. (in Thai).
6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. 2nd ed. Bangkok: Siriyod Pring; 2010. (in Thai).
7. Supachutikul A. HA UPDATE 2016. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2016. (In Thai).
8. Debourgh GA. Synergy for patient safety and quality: academic and service partnerships to promote effective nurse education and clinical practice. Journal of Professional Nursing. 2012;28(1):48-61.
9. Girdley D, Johnsen C, Kwekkeboom K. Facilitating a Culture of Safety and Patient-Centered Care Through Use of a Clinical Assessment Tool in Undergraduate Nursing Education. Journal of Nursing Education 2009;48(12):702-5.
10. Chaiaree C, Chiangkhong A. Development of A Raising Nurse's Awareness and Developing Nursing Care for Patient Safety Program. Kuakarun Journal of Nursing. 2019;26(2):22-37.
11. Kaewtem, Y. Legal Liabilities and Considerations in Clinical Supervision of Student Nurses. Thai Journal of Nursing Council 2013;28(3):5-18. (in Thai)
12. Somcharoen N. Patient safety curriculum guide multi- professional (WHO): learning integration for the 21st century bachelor's degree nursing curriculum. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(3):1-7. (in Thai).
13. Frank JR, Brien S. The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2009.
14. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. Quality and Safety Education for Nurses. Nursing Outlook 2007;55(3):122-31.
15. Panthulawan S, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Srisuphan W. Development and psychometric testing of the nursing performance for patient safety scale. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2016;20(1):45-59.
16. Farthing WG. The psychology of consciousness. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1992.

17. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Human factors. 1995; 37(1):32-64.
18. Lesmond G, McCahan S, Beach D. Development of analytic rubrics for competency assessment: Higher Education Quality Council of Ontario; 2017.
19. Joungtrakul J. Sample size and sampling issues in qualitative research. Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkhamhaeng University 2018;1(2):1-21. (in Thai).
20. Tangdhanakanond K. The measurement and evaluation of practical skill. Bangkok, Thailand: Chula Press; 2017. (in Thai).
21. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320(7237):768-70.
22. Lee NJ, An J, Song TM, Jang H, Park CSY. Psychometric evaluation of a patient safety competency self-evaluation tool for nursing students. The Journal of Nursing Education 2014;53(10):550-62.
23. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Patient-centred care: improving quality and safety through partnerships with patients and consumers. Sydney: ACSQHC; 2011.
24. Turner S, Higginson J, Oborne CA, Thomas RE, Ramsay AIG, Fulop NJ. Codifying knowledge to improve patient safety: A qualitative study of practice-based interventions. Social Science & Medicine 2014;113:169-76.
25. Sayar S, Tahmasebi R, Azodi P, Tamimi T, Jahanpour F. The impact of tacit knowledge transfer through storytelling on nurses' clinical decision making. Iran Red Crescent Med J. 2018;20(5):1-7.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

The Effects of Health Literacy and Social Support Promotion Program among Overweight Primary School Students, Khlong Luang District, Pathumthani Province

Received: Feb 20, 2020
Revised: Apr 15, 2020
Accepted: Apr 23, 2020

ศศิธร ตันติเอกรัตน์ พย.ม. (Sasitorn Tantiekkarat, M.N.S.)[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องน้ำหนักเกิน หลักการบริโภคอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการตามสีไฟจราจร หลักการออกกำลังกาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ไลน์กลุ่ม (Line group) เพจเฟสบุ๊ค (Facebook page) เพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมจากครู ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent sample t–test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากผลการวิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักในนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม, ภาวะน้ำหนักเกิน, นักเรียนประถมศึกษา

[1]*อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ E-mail: viocatcha@hotmail.com*
Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathumthani, Thailand

Abstract

This two-group pre-test and post-test quasi-experimental study aimed to examine the effects of health literacy and social support promotion program among overweight primary school students, Khlong Luang district, Pathumthani province. Sample consisted of primary school students in Grade 4-6 with overweight and obesity. Participants were randomly assigned to the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The experimental instrument was the program of health literacy and social support including the principles of food consumption, reading the traffic light nutrition labels, the principles of physical activity, and using various social media such as Line groups and Facebook pages to share news and social support from teachers over 12 weeks. Research instruments included the eating and exercise behavior questionnaires validated by three experts; the Cronbach's alpha coefficient were .81, and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent sample t-test.

Results indicated that eating and exercise behavior means scores of the experimental group were significantly higher than the control group ($p<.05$). After participating in the program, mean body weight of the experimental group was not significantly lower than the control group ($p>.05$). These results suggest that nurses and healthcare providers could potentially use this program as a guideline for changing eating and exercise behavior to ultimately control weight among overweight primary school students.

Keywords: health literacy and social support promotion program, overweight, primary school student

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนับเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข จากการสำรวจเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปีทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016[1] พบว่า จำนวนประชากรของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมากกว่า 340 ล้านคน เพิ่มขึ้น 4.5 เท่าจากปี ค.ศ. 1975 สำหรับประเทศไทย จากการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ในระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในปีพ.ศ. 2557-2562[2] พบว่า เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 เป็นร้อยละ 12.74 นอกจากนี้ยังพบว่า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 10.30 ซึ่งสูงสุดเป็นอันดับที่ 4 ของจังหวัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาของเด็กภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย ภาวะน้ำหนักเกินนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [Non-communicable diseases], NCDs) ในเด็ก ซึ่งมีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจ ถุงน้ำดีอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ด้านจิตใจ ได้แก่ เด็กจะขาดความมั่นใจจากการล้อเลียนจากเพื่อน เครียด วิตกกังวลในรูปร่างและอาจแยกตัวจากสังคม สมาธิสั้นจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้[3] เป็นต้น จากการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนอายุ 7-14 ปี ของกองสุขศึกษา ในพ.ศ. 2560[4]

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.42 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 27.91 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.64 รองลงมาระดับดีมาก ร้อยละ 22.09 โดยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาคือการรับประทานอาหารที่มีรสหวานและการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เด็กมีภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย จากปัญหาดังกล่าวแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) จึงมีการกำหนดมาตรการและแนวทางพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชน

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่คาบเกี่ยวกับวัยรุ่นตอนต้น มีความก้าวหน้าด้านสติปัญญา สามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนได้ยิน ได้เห็นและได้สัมผัส มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน มีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งกลุ่มวัยเดียวกันและวัยผู้ใหญ่ สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ และวางแผนการทำกิจวัตรประจำวันและสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ อีกทั้งในยุคของสังคมเทคโนโลยีดิจิทัลมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการผลิตสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ โดยที่เด็กสามารถเข้าถึงสื่อเหล่านั้นได้ง่าย เด็กวัยเรียนต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยากรู้ อยากเห็น มีการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อค้นหาข้อมูล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินพบว่า เด็กมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะสื่อโฆษณาต่าง ๆ เกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่ม[5,6] ดังนั้น ถ้าเด็กขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล หรือได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อโฆษณาต่าง ๆ ย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam[7] ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การจัดการสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นหากเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

เด็กวัยนี้ยังใช้เวลาส่วนใหญ่ที่โรงเรียนกับครู ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด เป็นแบบอย่าง และมีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของเด็กวัยเรียนเป็นอย่างดี และสามารถให้การดูแลสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House[8] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ทำให้บุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่ผู้ให้ต้องการ

การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่ายังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อยในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมโดยใช้หลักการบริโภคอาหารที่ทำให้เด็กจดจำและเข้าใจได้ง่าย เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ หวาน มัน เค็มตามโซนสีไฟจราจร โดยการเรียนรู้จากสื่อที่เด็กเข้าถึงได้ง่ายส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam[7] และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House[8] โดยเชื่อว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะสามารถช่วยส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

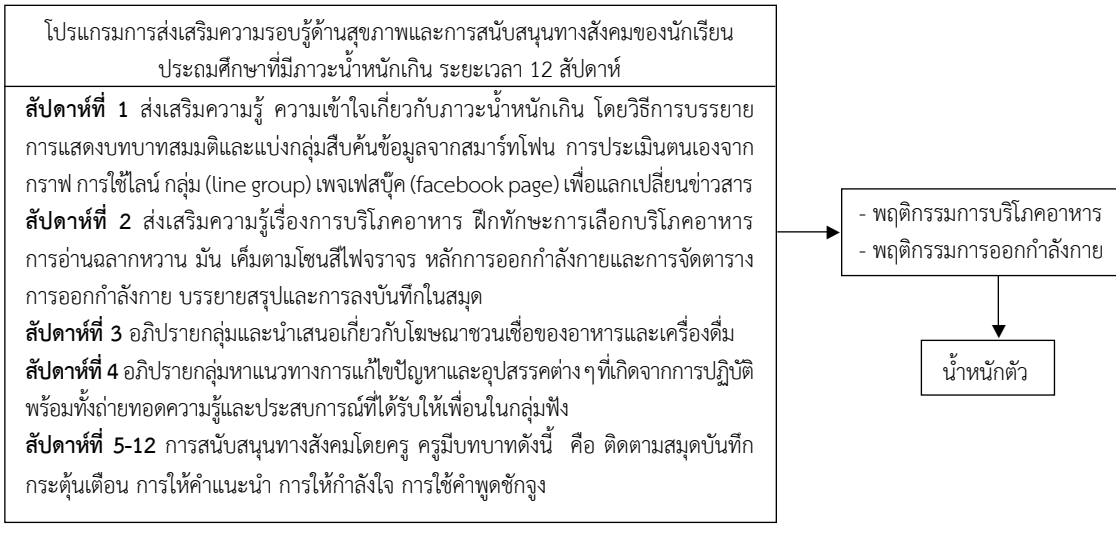
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-post-test design) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 1 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 1 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า +1.5 SD ขึ้นไป โดยเปรียบเทียบจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย และเพศหญิงอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542[9] ซึ่งจัดว่าเป็นเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา และผู้ปกครอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดขนาดอิทธิพล 0.55 จากการศึกษาของ Sanprik[10] ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกัน กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ที่ระดับ ร้อยละ 80.00 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเด็กวัยเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยคัดเลือกโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 จังหวัดปทุมธานี ตามเกณฑ์ คือ เป็นโรงเรียนรัฐบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีจำนวนนักเรียนใกล้เคียงกัน ได้โรงเรียนทั้งหมด 10 โรงเรียน จับฉลากคัดเลือกโรงเรียน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



1 โรงเรียน โดยโรงเรียนที่เข้าร่วมในการวิจัยในขณะนั้นไม่มีกิจกรรมหรือโครงการพิเศษส่งเสริมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายแก่เด็ก และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) เป็นเด็กวัยเรียนเพศชายและเพศหญิงกำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 2) มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า +1.5 SD ขึ้นไป โดยเปรียบเทียบจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย และเพศหญิงอายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 3) ได้รับความยินยอมจากเด็ก และบิดามารดาหรือญาติ 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยรวบรวมรายชื่อเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่า +1.5 SD ขึ้นไปมาคละกัน แล้วสุ่มจับฉลากรายชื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว อาชีพของบิดาและมารดา ประเภทและความถี่ของอาหารที่ซื้อรับประทานนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักของคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ[11] สำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยสร้างตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ท (Likert' scale)[12] มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กำหนดเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับโดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best[13] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 42-60 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารดี คะแนนเฉลี่ย 21-41 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 12-20 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายตามหลักของคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ[11] สำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยสร้างตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ท (Likert' scale)[12] มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ

โดยจะมีเกณฑ์การให้คะแนนส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นดังนี้

		ด้านบวก	ด้านลบ
ทุกครั้ง	ให้ คะแนน	5	1
บ่อยครั้ง	ให้ คะแนน	4	2
บางครั้ง	ให้ คะแนน	3	3
นานๆครั้ง	ให้ คะแนน	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้ คะแนน	1	5

การแปลผลพฤติกรรมการออกกำลังกาย กำหนดเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับโดยแบ่งตามเกณฑ์ของ Best[13] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 26.68-40 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายดี คะแนนเฉลี่ย 13.34-26.67 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8-13.33 หมายความว่า ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทบีม[7] และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House 8 และตามหลักการของคู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน[14] ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยสัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และการสนับสนุนทางสังคมจากครู ในสัปดาห์ที่ 5-12 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 คน อาจารย์เชี่ยวชาญด้านเด็กและวัยรุ่น 1 คน ครูสุขศึกษา 1 คน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม, คู่มือนักเรียน, คู่มือครู, สมุดบันทึก) หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผู้วิจัยคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา โดยให้กลุ่มเด็กนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน อ่าน พบว่า มีความเข้าใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ถูกต้อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผู้วิจัยคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มเด็กนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ 0010/2562 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการส่งจดหมายไปกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย สิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนแต่อย่างใด และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล และเมื่อได้รับความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะดำเนินการรวมทั้งผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ หากไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมสามารถปฏิเสธได้ทันทีโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการปกปิดชื่อ-นามสกุล และรักษาเป็นความลับโดยการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่นั้นจะกระทำในภาพรวมและในเชิงวิชาการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงเรียน

1.2 ภายหลังได้รับอนุญาตให้สามารถดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยได้เข้าพบครูประจำชั้นและครูพละศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะดำเนินการ คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดการดำเนินการทดลอง และสำรวจข้อมูลจำนวนเด็กน้ำหนักเกิน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยประเมินจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

1.3 ผู้วิจัยจัดประชุมครูเพื่อพัฒนาความรู้แก่ครูประจำชั้นและครูพละศึกษา ในเรื่องภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนและการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่เด็ก พร้อมมอบคู่มือให้แก่ครูประจำชั้น และครูพละศึกษา โดยครูมีบทบาทในการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร และติดตามสมุดบันทึก

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากนั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

หลังจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็ก และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม รวมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมโดยผู้วิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และสัปดาห์ที่ 5-12 มีการสนับสนุนทางสังคมจากครูติดต่อกันทุกสัปดาห์เป็นจำนวน 8 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน โดยวิธีการบรรยายและแสดงบทบาทสมมติ และแบ่งกลุ่มสืบค้นข้อมูลจากสมาร์ทโฟน การประเมินตนเองจากกราฟ การส่งเสริมทักษะการสื่อสารโดยร่วมกันจัดตั้งไลน์กลุ่ม (line group) เพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสารในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยและนักเรียน ผู้วิจัยจัดตั้งเพจเฟสบุ๊ค (facebook page) “พิชิตอ้วน” และตั้งเป็นกลุ่มปิด เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ของนักเรียนตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมมอบคู่มือสำหรับเด็ก

สัปดาห์ที่ 2 การส่งเสริมความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามโซนสีไฟจราจร และฝึกทักษะการตัดสินใจจากการเลือกเมนูอาหาร การอ่านฉลากหวาน มัน เค็มตามโซนสีไฟจราจร หลักการออกกำลังกายและการจัดตารางการออกกำลังกายของตนเองใน 1 สัปดาห์ บรรยายสรุปจากผู้วิจัย จากนั้นร่วมกันเสนอข้อตกลงและตั้งเป้าหมายเพื่อวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านจดบันทึกพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่มและนำเสนอเกี่ยวกับโฆษณาชวนเชื่อของอาหารและเครื่องดื่มที่นักเรียนได้จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ โดยผู้วิจัยร่วมสรุปประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่มโดยให้นักเรียนร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ หลังจากการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ และให้นักเรียนที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเล่าวิธีการปฏิบัติให้กับสมาชิกในกลุ่มฟัง ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยและสรุปแนวทางการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5-12 การสนับสนุนทางสังคมโดยครู ครูมีบทบาทดังนี้คือ ติดตามสมุดบันทึก กระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การให้กำลังใจ การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

กลุ่มควบคุม

หลังจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากโรงเรียนตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 จนครบ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นเวลาเดียวกันกับที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการวิจัยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. ขั้นประเมินผล

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test) และประเมินน้ำหนักตัว

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Chi-square สำหรับข้อมูลที่มีการวัดแบบ Nominal scale และใช้สถิติ Independent samples t-test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัด Interval scale

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) อายุเฉลี่ย 11.60 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 51.47 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 144.17 เซนติเมตร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 70.00 บิดาและมารดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน มากกว่าร้อยละ 40.00 สำหรับข้อมูลด้านการบริโภคอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซื้ออาหารนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้ โดยส่วนใหญ่ซื้ออาหารนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้ 5 วันต่อสัปดาห์ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ร้อยละ 43.33 ซื้ออาหาร

ประเภทลูกชิ้นทอด ประมาณร้อยละ 30.00 และซื้ออาหารประเภทขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม บะหมี่สำเร็จรูป ไอศกรีม อีกร้อยละ 70 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) อายุเฉลี่ย 11.70 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 51.93 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 143.53 เซนติเมตร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 90.00 บิดาและมารดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน มากกว่าร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซื้ออาหารนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้ โดยส่วนใหญ่ซื้ออาหารนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้ 5 วันต่อสัปดาห์ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ร้อยละ 50.00 ซื้ออาหารประเภทลูกชิ้นทอด ประมาณร้อยละ 50.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างของคุณลักษณะทั่วไปของข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean = 42.67, SD = 3.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 30.10, SD. = 5.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{58} = -10.37, p <.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 27.63, SD. = 2.78) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 18.70, SD. = 3.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{58} = -10.71, p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

4. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (Mean = 49.53, SD. = 6.73) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 52.37, SD. = 9.06) ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t_{58} = 1.37, p > .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	Mean(SD.)	แปลผล	Mean(SD.)	แปลผล			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	30.67(6.78)	ปานกลาง	30.47(6.81)	ปานกลาง	58	-.11	.91
หลังการทดลอง	42.67(3.25)	ดี	30.10(5.78)	ปานกลาง	58	-10.37	<.01*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	19.33(3.95)	ปานกลาง	18.93(3.97)	ปานกลาง	58	-.39	.67
หลังการทดลอง	27.63(2.78)	ดี	18.70(3.62)	ปานกลาง	58	-10.71	<.01*

*p<.05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	df	t	p-value
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
น้ำหนักตัว					
ก่อนการทดลอง	51.47(6.78)	51.93(9.20)	58	.22	.82
หลังการทดลอง	49.53(6.73)	52.37(9.06)	58	1.37	.17

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -10.37$, $p < .05$) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[7] สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้แก่เด็กกลุ่มทดลองได้ อธิบายได้ว่าเมื่อเด็กมีความแสวงหาเพื่อเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพให้กับตนเอง จนสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ผู้อื่น จะส่งผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อจัดการตนเองได้ รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่ครอบครัวเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ในโปรแกรมฯ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายถาม-ตอบ การแสดงบทบาทสมมติ การประเมินตนเองจากกราฟ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมส่งผลให้เด็กเกิดความเข้าใจและจดจำสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้งให้เด็กสืบค้นข้อมูลจากสมาร์ทโฟนเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลอย่างถูกต้อง รู้จักค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย ร่วมกันจัดตั้งไลน์กลุ่ม (line group) เพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสารในกลุ่มระหว่างผู้วิจัยและนักเรียน การใช้เพจเฟสบุ๊ค “พิชิตอ้วน” ซึ่งทำให้เด็กเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารจากการอ่านฉลากโภชนาการ หวาน มัน เค็ม ตามสัญญาณไฟจราจรซึ่งแสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมซึ่งเป็นหลักการที่ไม่ยากสำหรับเด็ก และสามารถจัดเมนูอาหารในแต่ละวันของตนเองให้สอดคล้องกับโซนสีโดยใช้โมเดลอาหารตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ มีการจัดอภิปรายกลุ่มและนำเสนอเกี่ยวกับโฆษณาชวนเชื่อของอาหารและเครื่องดื่มที่ได้จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ส่งผลให้เด็กมีความรู้เท่าทันสื่อ และเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง อีกทั้ง การอภิปรายกลุ่มจากกิจกรรมเรื่องเล่าความสำเร็จโดยนำเทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาแลกเปลี่ยนและร่วมแสดงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค นอกจากนี้เด็กยังได้รับการสนับสนุนจากครูโดยครูกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ การใช้คำพูดชักจูง และติดตามสมุดบันทึกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน[15-19] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= -10.71$, $p< .05$) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[7] สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายให้แก่เด็กกลุ่มทดลองได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากในโปรแกรมฯมีการจัดส่งเสริมให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของเด็กและผู้วิจัย ได้แก่ การเล่นเกมถาม-ตอบ การแสดงบทบาทสมมติ การใช้คลิปวิดีโอ อีกทั้งให้เด็กสืบค้นข้อมูลโดยใช้สมาร์ทโฟนจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องและทันสมัย ร่วมกันจัดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสารเกี่ยวกับกีฬาชนิดต่าง ๆ และการเผาผลาญพลังงาน และสามารถวางแผนจัดทำตารางการออกกำลังกายของตนเองใน 1 สัปดาห์ โดยเลือกชนิดของกีฬาที่ทำให้ตนเองรู้สึกชอบและสนุกสนานส่งผลให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมนั้นได้และตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ ในโปรแกรมฯยังมีการจัดอภิปรายกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคให้แก่สมาชิก โดยใช้เรื่องเล่าความสำเร็จจากสมาชิกในกลุ่ม มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล เทคนิค วิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง เกิดการวางแผนจัดการตนเอง

ตามเป้าหมายที่วางไว้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ถูกต้อง อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากครู โดยครูกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ การใช้คำพูดชักจูง และติดตามสมุดบันทึกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างถาวร ซึ่งการจัดกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน[16,18-19] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ด้านน้ำหนักตัว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.37, p > .05$) ของค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ในช่วงเวลาก่อนที่ผู้วิจัยประเมินน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง 1 เดือน เป็นช่วงเวลาใกล้สอบปลายภาคและการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ (O-Net) เด็กต้องเข้ารับการเรียนพิเศษในช่วงหลังเลิกเรียนเป็นเวลา 2 ชั่วโมง และบางส่วนเรียนพิเศษในวันเสาร์ตามที่โรงเรียนจัดให้ทำให้มีเวลาออกกำลังกายหลังเลิกเรียนลดน้อยลง แต่เมื่อทดสอบภายในกลุ่มกลับพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงจากก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินช่วยให้เด็กมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จากการเข้าถึงข้อมูลสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ โดยเลือกรับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ถูกต้อง และทันสมัย เด็กสามารถเลือกและวางแผนการบริโภคอาหารตามโซนสี และชนิดของกีฬาที่อยู่ในระดับหนักและปานกลางที่ตนเองชอบในแต่ละวัน อีกทั้งมีแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครูอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 5-12 เป็นจำนวน 8 ครั้งเพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนร่วมกับผู้บริหารและครูที่เกี่ยวข้อง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย และติดตามภาวะโภชนาการ เพื่อควบคุมน้ำหนักในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมโดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และคำนึงถึงปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ร้านอาหารที่โรงเรียนตอนกลางวันให้มากยิ่งขึ้น

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามค่าน้ำหนักตัวในกลุ่มทดลองต่อไปอาจเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี

References

1. World Health Organization. Childhood Overweight and Obesity [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 1]. Available from: http://www.Who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/
2. Office of Strategy and Planning. Health data center report system [Internet]. 2019. [cited 2019 Apr 15]. Available from: http://www.rbpho.moph.go.th/hdc.php
3. No-in K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(suppl.2):1-8. (in Thai).
4. Health Education Division. Assessment of health literacy and health behavior report. Bangkok: Health Education Division; 2017. (in Thai).
5. Sutthiworotatkun N. The relationships between health literacy, family and peer influences and eating behavior of school-age children. In: Kanchanathaweekun K, Sirichit W, Thirawarangkun P, Khunthongkaew S, Nanthamongkolchai S, Chantani A, et al., editors. Proceeding of the 12th National Research Conference and Presentation Subject: "Innovative research Creating Thai economy"; 2018 Jul 7-8; Western University. Pathumthani: Western University; 2018. p. 1-22.
6. Thipwong A, Numpool J. The associations between health literacy related to obesity and health behavior: eating and exercise in overnutritional children, Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2014;28(2):1-11. (in Thai).
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine Journal 2008;67 (12):2072-78.
8. House J. Work stress and social support. California: Addision Wesley; 1981.
9. Bureau of Nutrition. Manual to using height weight criteria for assessing the growth of Thai children. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 1999. (in Thai).
10. Sanprik S. The effects of health education program applying self-efficacy theory towards weight control among grade 6 students at Kajonkietsuksa school, Phuket province. Journal of community health development Khon Kaen University 2018;5(2):297-313. (in Thai).
11. Health Education Division. Health literacy scale for Thai childhood overweight. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
12. Likert R. The method of constructing and attitude Scale. New York: Wiley & Son; 1967.
13. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
14. Bureau of Nutrition. Smart kids coacher. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai).
15. Poomthavorn P, Nimit-Arnun N, Roojanavech S. The effects of health literacy promoting program for overweight primary school students. Chonburi Hospital Journal 2017;42(2):171-180. (in Thai).
16. Phetkong C, Banchonhattakit P. Effects of health literacy promoting program with social media used on obesity prevention behavior among overweight Mattayomsuksa 2 students. Journal of Health Education 2019;42(2):23-32. (in Thai).

17. Sutin U, Prasred V, Thonglerd P. Effects of a program promoting nutrition label reading on knowledge and behavior of nutrition label reading of students grade 5 at Bothong district, Chonburi province. Apheit Journal 2017;6(2):44-52. (in Thai).
18. Pitaksa P, Tansakul S, Kaeodumkoeng K, Khajornchikul P. Effects of health education program for changing food consumption behavior among grade 6 students Buriram province. Journal of Health Education 2014;37(2):67-81. (in Thai).
19. Pichairat A, Tiparat W. Effects of health alliance program on food consumption and exercise behaviors, and weight of obese school age children in rural area, Trang province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(3):64-76. (in Thai).

บทความวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และการดูแลในเชิงสหสาขาวิชาชีพ

Clinical Nursing Practice Guideline: Nursing Care in Colorectal Cancer with Colostomy Procedure Patients Collaborative with Multidisciplinary Team

พิราลักษณ์ ลาภหลาย พย.ม. (Piraluk Laplai, M.N.S.)[1]
ดาราณี นงค์เยาว์ พย.บ. (Daranee Nongyoi B.N.S.)[2]
มารศรี ปิ่นสุวรรณ์ พย.บ. (Marasri Pinsuwan B.N.S.)[3]

Received: Feb 18, 2020
Revised: Mar 19, 2020
Accepted: Mar 29, 2020

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ต่อการฟื้นหาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ จำนวน 60 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกพัฒนาจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของ Soukup และใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ติดตามผลหลังจากการใช้แนวปฏิบัติฯ ในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) แบบประเมินความรุนแรงของผิวหนัง (SACS™) แบบประเมินการทำงานของลำไส้ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one–way repeated measures ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน BNT ค่าเฉลี่ยคะแนน SACS™ และค่าเฉลี่ยคะแนนการทำงานของลำไส้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระยะ 24 ชั่วโมง และ 30 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่, การดูแลผู้ป่วยมีทวารใหม่,

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา Email: Piraluk.lap29@gmail.com*
[2]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา Email: Daraneenongyow@gmail.com*
[3]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา Email: Marasri46@gmail.com*
Pranakron Sri Ayutthaya Hospital, Pranakron Sri Ayutthaya, Thailand

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to test the effects of the pre-postoperative nursing care management in colorectal cancer with colostomy procedure patients collaborative with multidisciplinary team: clinical nursing practice guideline utilization on the recovery and incident rate of postoperative complication in PraNakhon Sri Ayutthaya hospital. A sample of 60 patients for colorectal cancer with colostomy procedure was recruited by purposive sampling. The clinical nursing practice guideline utilization was developed using the evidence based practice model of Soukup (2000) as an effect of the pre-postoperative nursing care management in colorectal cancer with colostomy procedure patients were developed based on the literature review and the Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) conceptual framework. Data was collected on 24 hours, 7th, 14th, and 30th day after the clinical nursing practice guideline. The research instruments consisted of: 1) the experimental instruments was the clinical nursing practice guideline utilization with colostomy procedure; and 2) the instruments for collecting data including the Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) assessment, the Studio Alterazoni Cutanee Stomale (SACS™) skin assessment, Bowel function assessment, and Satisfaction Questionnaires. Data were analyzed using One-Way Repeated Measures ANOVA statistics. The results revealed that the BNT, SACS™, Bowel function of the patient was improved significantly after the clinical nursing practice guideline finished, and there was a high level for patients' satisfaction with the clinical nursing practice guideline.

Keywords: clinical nursing practice guideline, colorectal cancer, colostomy care

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) เป็นปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการพิการ และเสียชีวิตของโลก[1] จากการสำรวจอุบัติการณ์เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหม่ทั่วโลกพบประชากร 1,400,000 คนต่อปี เสียชีวิตสูงถึง 700,000 คน[1,2] ทวีปเอเชียได้มีประชากรป่วยเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักมากเป็นอันดับสองของโลก รองจากทวีปยุโรป โดยพบร้อยละ 44.5 ต่อประชากร 100,000 ราย[3] สำหรับประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ที่รับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2559-2561 พบว่ามีจำนวน 77, 68, 108 ราย ตามลำดับ[4] โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นไปแนวทางเดียวกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สำหรับแนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา แต่จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2561 การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ 17.6 เป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดมาเป็นอันดับหนึ่ง[4] การผ่าตัดคงเป็นการรักษาหลักร่วมกับการให้เคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีทวารใหม่ (Colostomy) ทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายอุจจาระแทนทวารหนัก[5]

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัว และปัญหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ผู้ป่วยมีความต้องการสูงด้านร่างกาย และด้านจิตใจ[6-10] จากการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ หรือเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระแทนทวารหนัก (Colostomy)

ทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลมีความตระหนักและให้ความสำคัญ นำมาวางแผนการพยาบาล ให้การช่วยเหลือและการสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกลับเข้าสังคมได้อย่างผาสุก[6,7]

จากรายงานเวชระเบียนระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี 2558-2560 ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่ จำนวน 211 ราย ทำการสุ่มเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยใช้การประเมินด้วย Bhumipol Adulyadej Hospital Nutritional Triage (BNT)[11] พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 60.80 และมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน BNT มากกว่า 8 คะแนน โดยไม่ได้รับการรักษา แก้ไขให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการติดตามประเมินซ้ำผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดช่องท้อง ประมาณ 4.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ[11] การพัฒนาองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง ในเรื่องภาวะทุพโภชนาการ ความรุนแรงของผิวหนัง การทำงานของลำไส้ โดยการดูแลจาก Enteroostomal Therapist Nurse (ET Nurse) เป็นพยาบาลเฉพาะทางที่ชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ในระยะก่อน และหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดช่องท้อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข มีสุขภาวะดี เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้การพยาบาลได้มาตรฐานและมีความเป็นเลิศในการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

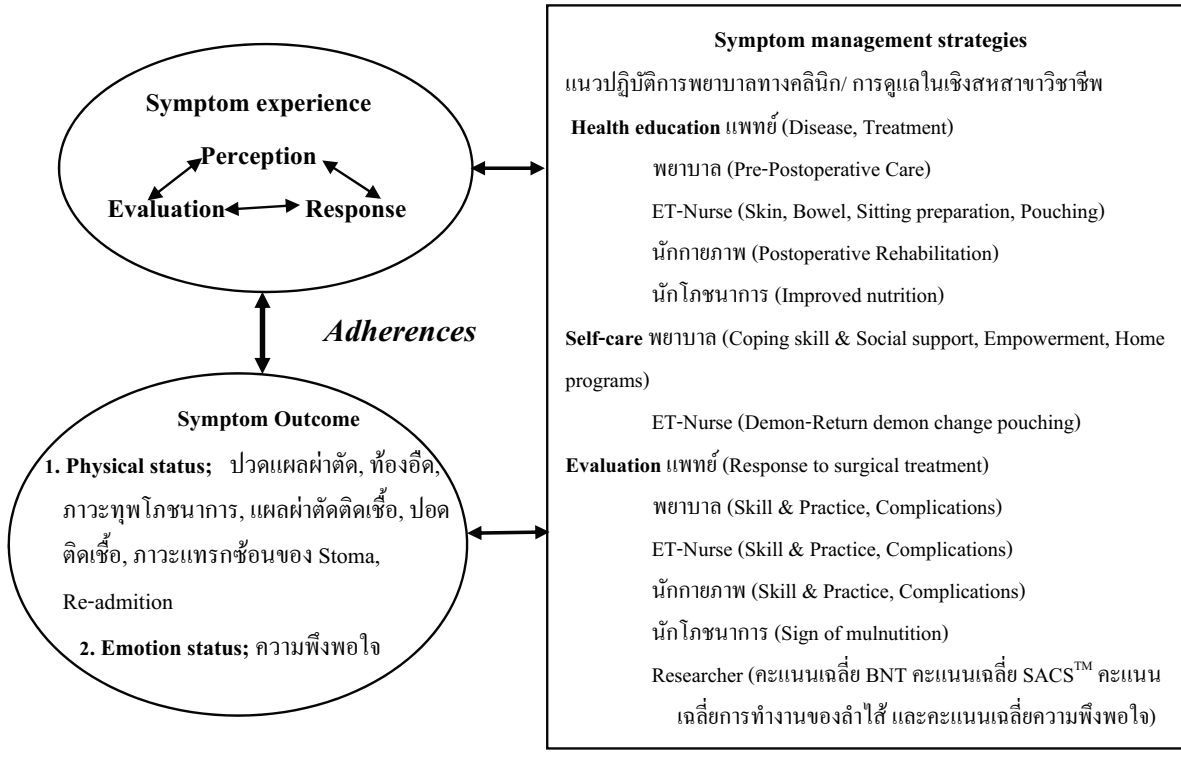
เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และการดูแลในเชิงสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน ต่อคะแนนเฉลี่ย BNT คะแนนเฉลี่ย SACS™ คะแนนเฉลี่ยการทำงานของลำไส้ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dood และคณะ[12] เกี่ยวกับ ประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่และการดูแลในเชิงสหสาขาวิชาชีพ ต่อการฟื้นหาภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด โดย Dood และคณะ[12] ได้พัฒนากรอบแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model: SMM) ขึ้นประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ โดยอธิบายว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค (symptom experience) โดยมีการรับรู้ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยรายงานเป็นความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดอาการขึ้น จึงนำไปสู่การแสวงหาการจัดการอาการ (symptom management strategies) ซึ่งการจัดการนั้น อาจเป็นการจัดการโดยการใช้ยาบรรเทาอาการโดยทีมงานสาธารณสุข หรือผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการเหล่านั้นอาจมีเหตุผลหลากหลาย รวมทั้งอาจได้รับอิทธิพลมาจากบุคคลอื่น ซึ่งประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes)

คณะผู้วิจัยได้ใช้ 3 มโนทัศน์หลักในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประกอบด้วย 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) เป็นการรับรู้และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่รู้สึกหรือพฤติกรรมที่เป็นปกติของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการ (perception of symptom) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นเป้าหมายในการจัดการกับ

อาการเพื่อชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้วิธีต่าง ๆ จัดการกับอาการ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การใช้ยาและได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลวิธีการจัดการอาการเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะพอใจในการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใช้ในที่นี้เป็นการจัดการของกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษาโดยจัดการกับอาการอะไร จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหนและใช้วิธีการจัดการอย่างไร 3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์การเกิดอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์มี 8 ด้าน ได้แก่ สภาพอาการ ภาวะการทำหน้าที่ สภาพอารมณ์ การดูแลตนเอง อัตราตาย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นรวมถึงรายได้และระบบบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรค และการเกิดโรคร่วม[12] ในการศึกษานี้วัดผลลัพธ์เฉพาะสภาพอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกาย และจิตใจภายหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และความสามารถในการปฏิบัติเป็นประจำวัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ได้รับการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และการดูแลในเชิงสหสาขาวิชาชีพ จะมีผลต่อการฟื้นหาย ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ในระยะสิ้นสุด 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน โดยสามารถจัดการกับอาการได้ด้วยตนเองทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดซ้ำ (one group pretest-posttest design) วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะสิ้นสุด 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน

ประชากร หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต กึ่งวิกฤต และหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ครั้งแรก

2) แพทย์มีแผนการรักษาให้มีการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้องทั้งแบบชั่วคราว และถาวร โดยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

3) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูคัพ[13] เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด คือ ช่วงระยะตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เช่น การรับผู้ป่วยใหม่ การสอนก่อนการผ่าตัด การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัด การใส่สายยางทางหลอดอาหาร เป็นต้น 2) ระยะหลังผ่าตัด คือ ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบและนำกลับสู่หอผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแลให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหาย จนกระทั่งจำหน่ายกลับสู่ชุมชน[7,8,10,14-16] คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดช่องท้อง และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยฯ ก่อนนำไปใช้

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยตรง (ET Nurse) ที่จะต้องให้ความรู้และให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนรวมถึงให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล โดยมีบทบาทหลักตามประกาศสิทธิผู้ป่วย (Ostomate Bill of Rights) จากสมาคมพยาบาลออสโตมี (The International Ostomy Association) ดังนี้ 1) ให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัดถึงประโยชน์และข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการมีทวารใหม่ 2) การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ที่เหมาะสม 3) ให้พยาบาลเฉพาะทาง ก่อนและหลังการผ่าตัดทั้งในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย 4) ให้การสนับสนุนและข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ครอบครัว และผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ 5) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ 6) ให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ 7) ให้ข้อมูลข่าวสาร และบริการจากสมาคมพยาบาลออสโตมี 8) ให้ได้รับการป้องกันจากการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ 9) ให้ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่เหมาะสม การรักษาความลับ และไม่นำไปเป็นตัวแทนประชาสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ โดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ[17] คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดช่องท้อง และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จำนวน

5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยฯ ก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยฯ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนการเจ็บป่วย สิทธิการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้

2.2 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage (BNT) แบบคัดกรองและประเมินดังกล่าวพัฒนาโดยการแก้ไขข้อด้อยของแบบประเมินภาวะโภชนาการ Subjective global assessment (SGA) ซึ่งไม่มีการให้คะแนนอย่างเป็นรูปธรรม (objective) หากแต่ให้ตามความรู้สึก (subjective) ทำให้การสื่อมีความเข้าใจง่ายมากขึ้น โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับ SGA โดยมีความจำเพาะร้อยละ 97.6 และความไวร้อยละ 88.9[11] และในการศึกษาเมื่อปีพ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่ากับ 4.7% โดย SGA และ 5.1% โดย BNT ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน BNT มากกว่า 8 นั้นจะแสดงถึงภาวะทุพโภชนาการและมีความสัมพันธ์เทียบเท่ากับ SGA class[18] ซึ่ง BNT จะมีการให้คะแนนในรายละเอียดที่ดีกว่า และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความจำเพาะร้อยละ 92.5 และความไวร้อยละ 90.9[19]

2.3 แบบสังเกตความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนังผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง สร้างโดย The Studio Alterazoni Cutanee Stomale (SACS™) (2016) ใช้ประเมินความรุนแรงของผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทวารใหม่ที่ถูกทำลาย แบ่งระดับความรุนแรงของผิวหนังที่ถูกทำลายเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ผิวหนังมีรอยแดง แต่ไม่มีการลอกหลุดหรือฉีกขาดของผิวหนัง ระดับที่ 2 ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ถูกทำลายบางส่วน (patient thickness skin loss) มีลอยแดง ถลอก หลุดลอก เป็นตุ่มน้ำ บวม และมีการอักเสบ ระดับที่ 3 ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า และหนังแท้ถูกทำลายอย่างมาก (full thickness skin loss) มีการฉีกขาดของผิวหนังอย่างสมบูรณ์ ระดับที่ 4 ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า และหนังแท้ถูกทำลายอย่างมาก (full thickness skin loss) มีการติดเชื้อ มีผิวหนังสีดำเป็นเนื้อตาย และระดับที่ 5 มีการเจริญผิดปกติของผิวหนังชั้นหนังกำพร้า และหนังแท้[20]คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยฯ ก่อนนำไปใช้ (CVI) เท่ากับ .94 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .79

2.4 แบบประเมินการทำงานของลำไส้ ดัดแปลงจากการศึกษาของชุสเตอร์ และคณะ[21] นำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีเกณฑ์การประเมิน 2 เกณฑ์ดังนี้ 1) การเรอ หรือผายลม 2) อัตราการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้

การผายลม (flatus) ใน 24 ชั่วโมง สามารถผายลมได้ 705 มิลลิลิตร/วัน และนับจำนวนครั้งได้ 10-20 ครั้ง/วัน[21] สรุปได้ว่า 24 ชั่วโมงภายหลังจากการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ผู้ป่วยผายลมได้ 10-20 ครั้ง ถือว่าปกติ

การเรอ (belching) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดยปกติในระบบทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร ถ้ามีแก๊สหรือลมในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก ผู้ป่วยจะมีอาการเรอ นับจำนวนครั้งได้ 10-20 ครั้ง/วัน[21] สรุปได้ว่า 24 ชั่วโมงภายหลังจากการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ผู้ป่วยเรอได้ 10-20 ครั้ง ถือว่าปกติ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดช่องท้อง และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้ (CVI) เท่ากับ .90 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .97

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ Satisfaction Questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้น โดย Larsen[22]และ

แปลเป็นภาษาไทยโดย Kongsakon และ Jareonsettasin[23] ซึ่งคณะผู้วิจัยฯ นำมาปรับภาษาให้เข้ากับการศึกษาในครั้งนี้โดย มีคุณลักษณะข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลตามรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลมาก ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ.87 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายเครื่องมือการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลา 3 วันเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นสิ้นสุดการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา นำเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยเพื่อรับทราบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2. ขั้นดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ เมื่อผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดแล้วจึงเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติฯ และเริ่มมีการร่วมของสหสาขาวิชาชีพ มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5-7 วัน โดย วันที่ 1 ของแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัย แนะนำตัว ชื่อ สกุล และสนทนากับญาติและผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มการเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ประเมินการทำงานของลำไส้ก่อนผ่าตัด และประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT ผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ส่งปรึกษาแพทย์ และนักโภชนาการเพื่อแก้ไขก่อนผ่าตัด แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน สามารถเตรียมผ่าตัดในขั้นตอนต่อไป การพยาบาลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลเฉพาะทางจาก ET-Nurse ทั้งนี้การให้ความรู้ จะใช้รูปแบบการสอนแบบตัวต่อตัว สอนข้างเตียงให้ญาติมีส่วนร่วมทุกระยะ

2.1 วันที่ 2 ของแนวปฏิบัติฯ การพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก เป็นระยะของการเผชิญ และการจัดการความปวดภายหลังผ่าตัด ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการสอน ผู้วิจัยและ ET-Nurse มอบคู่มือ 2 เล่ม คู่มือเล่มที่ 1 การปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง คู่มือเล่มที่ 2 การดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่

2.2 วันที่ 3 ของแนวปฏิบัติฯ การพยาบาลหลังผ่าตัดวันที่ 1 สอน และให้ความรู้ร่วมกับนักกายภาพ กระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยต้องจัดการกับอาการท้องอืด และเผชิญกับอาการปวดเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เวลาประมาณ 30 นาที

2.3 วันที่ 4 ของแนวปฏิบัติฯ การพยาบาลหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยต้องใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะร่วมกับนักกายภาพ เน้นการดูแลตนเองมากขึ้น เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น ET-Nurse สอนเกี่ยวกับการเปลี่ยนอุปกรณ์ทวาร เวลาประมาณ 60 นาที

2.4 วันที่ 5 ของแนวปฏิบัติฯการพยาบาลหลังผ่าตัดวันที่ 3 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ประสานงานร่วมกัน พยาบาล นักกายภาพ และนักโภชนาการ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น ET-Nurse ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ทวารใหม่ มอบชุดอุปกรณ์การดูแล เปลี่ยนอุปกรณ์ทวารใหม่กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติฯ ครบ 5 วันแล้ว มีระยะติดตามผลของแนวปฏิบัติฯ 24 ชั่วโมงแรก เริ่มเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ ประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT ก่อนจำหน่าย โดยผู้ป่วยต้องได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้ แบบประเมินการทำงานของลำไส้แบบสังเกตความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง SACS™ และแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 60 นาทีแล้วส่งคืนให้กับผู้วิจัย

3. ระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านก่อน ใช้วิธีการเยี่ยมบ้านในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 วันที่ 7 เก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT แบบสังเกตความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง SACS™ และแบบประเมินการทำงานของลำไส้ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 30 นาทีแล้วส่งคืนให้กับผู้วิจัย

3.2 วันที่ 14 เก็บข้อมูลครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT แบบสังเกตความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง SACS™ และแบบประเมินการทำงานของลำไส้ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 30 นาทีแล้วส่งคืนให้กับผู้วิจัย

3.3 วันที่ 30 เก็บข้อมูลครั้งที่ 5 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT แบบสังเกตความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง SACS™ แบบประเมินการทำงานของลำไส้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 60 นาทีแล้วส่งคืนให้กับผู้วิจัย

4. ขั้นสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 013/2561 (19 มิถุนายน 2561) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 39 คน (ร้อยละ 66.10) อายุเฉลี่ย 65.2 ปี (SD. = 12.9) มีสถานภาพสมรสคู่ 44 คน (ร้อยละ 74.60) นับถือศาสนาพุทธ 47 คน (ร้อยละ 79.70) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยม 22 คน (ร้อยละ 37.30) ประกอบอาชีพรับจ้าง 30 คน (ร้อยละ 50.00) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท จำนวน 23 คน (ร้อยละ 38.30) มีโรคประจำตัวจำนวน 49 คน (ร้อยละ 83.10) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 40 คน (ร้อยละ 67.80) สูบบุหรี่หรือยาเส้นจำนวน 39 คน (ร้อยละ 66.10) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.6 วัน (SD. = 4.1)

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage (BNT) ค่าเฉลี่ยคะแนน BNT ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาเปิดทวารใหม่ ก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน BNT ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni ($p < .01$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน BNT ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ในระยะก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และหลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ภาวะแทรกซ้อนผิวหนังผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง The Studio Alterazoni Cutanee Stomale (SACS™) ค่าเฉลี่ยคะแนนของ SACS™ ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน SACS™ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เป็นรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni ($p < .05$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน SACSTM ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่หลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมง และ 7 วัน และค่าเฉลี่ยคะแนน SACS™ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่หลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯในระยะ 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน BNT SACS™ และการทำงานของลำไส้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาเปิดทวารใหม่ หลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน (N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p-value
BNT					
ภายในกลุ่ม	806.37	1.79	449.06	255.96	< .01
ความคลาดเคลื่อน	185.87	105.94	1.75		
SACS™					
ภายในกลุ่ม	6.033	2.44	2.46	12.73	< .01
ความคลาดเคลื่อน	27.96	144.32	.19		
การทำงานของลำไส้					
ภายในกลุ่ม	691.36	2.23	309.49	45.33	< .01
ความคลาดเคลื่อน	899.83	131.80	6.82		
การทำงานของลำไส้					
ภายในกลุ่ม	284.15	2.00	141.69	229.51	< .01
ความคลาดเคลื่อน	73.04	118.31	.61		

ค่าเฉลี่ยคะแนนการผายลม ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.01) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผายลม ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni (p <.05) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการผายลมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 14 วัน และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯในระยะก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 30 วัน และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 14 วัน และ 30 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนการเรอ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และหลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.01) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเรอ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni (p <.05) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเรอของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯในระยะ 7 วัน และ 14 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความพึงพอใจ ภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 25.20 (SD = 2.61) เมื่อเปรียบเทียบกับหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 30 วัน ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 30.38 (SD.=1.86)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน BNT SACS™ และการทำงานของลำไส้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาเปิดทวารใหม่ ในระยะก่อน และหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน เป็นรายคู่ (N = 60)

ระยะเวลา	Mean	SD.	ก่อนได้รับแนวปฏิบัติฯ	หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 24 ชั่วโมง	หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 7 วัน	หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 14 วัน	หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 30 วัน
BNT							
ก่อนได้รับแนวปฏิบัติฯ	.733	.082	-	-	< .01	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 7 วัน	2.767	.170	< .01	-	-	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 14 วัน	3.500	.180	< .01	-	< .01	-	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 30 วัน	4.383	.238	< .01	-	< .01	< .01	-
SACS™							
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 24 ชม.	.017	.077	-	-	1.000	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 7 วัน	-.017	.077	-	1.000	-	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 14 วัน	.333	.061	-	< .01	< .01	-	1.000
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 30 วัน	.317	.083	-	< .01	< .01	1.000	-
การทำงานของลำไส้							
ก่อนได้รับแนวปฏิบัติฯ	3.517	.465	-	< .01	< .01	.322	.360
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 24 ชม.	4.583	.427	< .01	-	< .01	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 7 วัน	1.767	.327	< .01	p < .01	-	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 14 วัน	2.817	.452	.322	p < .01	< .01	-	1.000
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 30 วัน	2.833	.455	.360	p < .01	< .01	1.000	-
การทำงานของลำไส้							
ก่อนได้รับแนวปฏิบัติฯ	.183	.050	-	p < .01	< .01	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 24 ชม.	1.783	.121	< .01	-	< .01	< .01	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 7 วัน	1.933	.111	< .01	p < .01	-	.056	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 14 วัน	2.383	.141	< .01	p < .01	.056	-	< .01
หลังสิ้นสุดแนวปฏิบัติฯ 30 วัน	2.200	.128	< .01	p < .01	< .01	< .01	-

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะทุพโภชนาการหลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ มีการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการด้วย BNT ทุกราย และเมื่อผู้ป่วยมีคะแนน BNT มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จะได้รับการฟื้นฟูแก้ไขจากสหสาขาก่อนผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และจากการรายงานพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มคะแนน BNT ลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกระยะการติดตามผล หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีภาวะทุพโภชนาการภายหลังจากการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ จากการศึกษาพบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยทุก ๆ กลุ่มโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรคมะเร็ง และผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤติ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นหายของโรคหรือส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างมาก[11,24,25] สำหรับ BNT เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ในประเทศไทย โดยมีการนำไปใช้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง มีเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจนแต่มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ประกอบไปด้วยข้อมูลจากการซักประวัติ และการตรวจวัดทางคลินิก อาจแบ่งตามองค์ประกอบที่สำคัญคือ ประวัติการได้รับสารอาหาร น้ำหนักตัวที่ลดลง การวัด BMI ภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการบริโภค และการวัดผลทางคลินิกเช่น triceps skin fold, midarm circumference, serum albumin เป็นต้น โดยมีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการค่อนข้างดี มีความสัมพันธ์กับระยะเวลานอนโรงพยาบาล[26] และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร[25,26] ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ มีการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการด้วย BNT เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค เมื่อเกิดอาการขึ้น จึงนำไปสู่การแสวงหาการจัดการอาการกับอาการที่รบกวนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน รู้ว่าภาวะทุพโภชนาการจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ผู้ป่วยจะมีการทบทวนวิธีการดูแลจากการสอน และการฝึกทักษะการดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ทางหน้าท้องอย่างมีส่วนร่วมในทุกระยะการดูแล รวมทั้งการได้รับกำลังใจจากครอบครัว ซึ่งประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการนี้นี่เองที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า เทคนิคการให้ความรู้ (Psychoeducational intervention) การสอนผู้ป่วยและญาติ การให้กำลังใจในการดูแลตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการลดลง เช่น กลุ่มอาการเบื่ออาหาร ปวด อ่อนล้าหมดแรง เป็นต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[27,28,29]

ภาวะแทรกซ้อนผิวหนังผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง The Studio Alterazoni Cutanee Stomale (SACS™) หลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯจำนวน 60 ราย ภายหลังจากการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯในระยะ 30 วัน พบว่ามีเพียง 3 ราย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า และหนังแท้ถูกทำลายบางส่วน (patient thickness skin loss) มีรอยแดง ถลอก หลุดลอก เป็นตุ่มน้ำ บวม และมีการอักเสบคิดเป็นร้อยละ 5 ผิวหนังรอบทวารใหม่ (Peristomal skin) โดยปกติผิวหนังใต้อุปกรณ์รองรับอุจจาระจะมีสีเดียวกับผิวหนังหน้าท้องบริเวณอื่น ไม่มีรอยแดง หรือผื่น[30] ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และแนวปฏิบัติจากพยาบาลเฉพาะทาง ET Nurse ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ เผชิญกับความกลัวและดูแลตนเองในการมีลำไส้ทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ SACS™ คือเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทวารใหม่ที่ถูกทำลายพัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิก และการทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำแนกประเภทของการอักเสบของผิวหนังรอบทวารใหม่[20] ในการศึกษาครั้งนี้สามารถประเมินได้ชัดเจนครอบคลุม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุอาจเกิดจากการบาดเจ็บระหว่างการดึงถุงรองรับอุจจาระออกจากผิวหนัง ผิวหนังจะมีสีแดงและมีผื่นเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บและแสบ[30] จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการติดอุปกรณ์รองรับอุจจาระของ Nugent และคณะ พบว่า ผู้ป่วยเกิดผื่นบริเวณผิวหนังร้อยละ 45 และเกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารใหม่ร้อยละ 37[31] สอดคล้องกับการศึกษาของ Roshini และคณะ พบว่าผู้ป่วยเกิดผื่นและ

การระคายเคืองของผิวหนังร้อยละ 65.00[32]

การทำงานของลำไส้หลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน 14 วัน และ 30 วัน จากการศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเปิดทวารใหม่ คือ ปวด และภาวะท้องอืด ซึ่งการศึกษานี้ได้วัดอาการท้องอืดจากคะแนนเฉลี่ยของการผายลมและการเรอของผู้ป่วย พบว่า หลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก แต่เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการผ่าตัด และได้รับความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและรับรู้กลุ่มอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยแสวงหาการจัดการอาการกับอาการที่รบกวนต่อการฟื้นหายของโรคด้วยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯอย่างเคร่งครัด อาการท้องอืดจึงดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังสิ้นสุดการได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในระยะ 7 วัน 14 วัน และ 1 เดือนเข้าสู่การทำงานของลำไส้ปกติก่อนได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่าในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับรุนแรง และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด มีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งความปวดทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย จึงเกิดภาวะท้องอืด[6,8,9] ดังผลการศึกษาที่พบว่าในวันแรกของการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอาการปวดแผล และอาการท้องอืดไม่แตกต่างกัน หลังจากนั้นในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องมีอาการปวดแผลและอาการท้องอืดน้อยกว่า เนื่องจากได้รับการสอนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับได้รับการกระตุ้นการสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้อง สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสมและมีเครื่องช่วยพยุงเดินทำให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นจึงทำให้อาการท้องอืดลดลง ซึ่งวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อย ๆ ส่วนวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ทีมสุขภาพใช้มากที่สุดคือ ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อย ๆ

ข้อจำกัด

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้นมีวิธีการศึกษาที่ยาก และเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เปิดทวารใหม่เท่านั้นควรปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละหน่วยงานจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืน

2. ในการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่มเท่านั้น การอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรอื่นอาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯไปใช้ตามความเหมาะสมและปรับให้เข้ากับบริบทในแต่ละสถานบริการ หรือการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแทนการสอนแบบรายเดี่ยวในผู้ป่วยมีลักษณะเดียวกันทุกเขตสุขภาพการดูแลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เพื่อทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์พรหมพิรุณ วัฒนวิกกิจ ศัลยแพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา นักกายภาพ และนักโภชนาการที่ให้คำปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

References

1. Favoriti P, Carbone G, Greco M, Pirozzi F, Emmanuele R, et al. Worldwide burden of colorectal cancer: a review. Updates Surg 2016;68:7–11.
2. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram L, Jemal A, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut 2017;66:683-91.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 Countries. Ca Cancer J Clin 2018;10:267-84.
4. National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health. Hospital -based cancer registry. [Internet]. 2018 [cited 2018 January 7] Available fromhttp:// www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html.
5. Prechaterasat A. Enterostomal therapy nurse's role: case study in nursing care for rectal cancer patients. Thai Red Cross NursJ 2018;10(1):8-24. (in Thai)
6. Kiattisin P, Kasemkitwattana S, Chayaput P. Postoperative recovery in patient with abdominal surgery: an integrative review. Thai Journal of Nursing Council 2010;25(2):87-99. (in Thai)
7. Sritan S, Utriyaprasit K, Toskulkao T, Akaraviputh T. Predictive factors in postoperative recovery abdominal surgery patients. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(2):21-35. (in Thai)
8. Ljungqvist O, Scott M, Fearon K. Enhanced recovery after surgery: a review. JAMA Surg 2017;152(3): 292-8.
9. Grant MC, Yang D, Wu C, Makary MA, Wick EC. Impact of enhanced recovery after surgery and fast track surgery pathways on healthcare-associated infections: results from a systematic review and meta-analysis. Ann Surg 2017;265(1):68-79.
10. Lau CS, Chamberlain RS. Enhanced recovery after surgery programs improve patient outcomes and recovery: a meta-analysis. World J Surg 2017;41(4):899-913.
11. Pibul K, Techapongsatorn S, Thiengthiantham R, Manomaipiboon A, Trakulhoon V. Nutritional assessment for surgical patients by Bhumibol Nutrition Triage (BNT). Thai J Surg 2013;32:45-8. (in Thai)
12. Dodd M, Miaskowski C, Paul S. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nursing Forum 2001;28(3):465-70.
13. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North Amesica 2000;35:301-9.
14. Chaithat B. Caring for colorectal cancer patients undergoing ostomies: roles of enterostomal therapy nurses. Thai Red Cross NursJ 2017;9(1):19-33. (in Thai)
15. Phamornpon S. The role of nurses in promoting early postoperative ambulation. Thai Red Cross NursJ 2017;9(2):14-23. (in Thai)

16. Stoma care handbook 2016-2017 in Association with Gastrointestinal nursing. [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 6] Available from: http://magsubscriptions.com/stoma-care-handbook-2016-2017.
17. Charter of ostomates rights. [Internet]. 2004 [cited 2017 Mar 6] Available from: http://www.ostomy.org/Ostomate_Bill_of_Rights.html.
18. Jarayapan R, Cheupan K, Trakunhun W. Screening and assessment of patients with or at risk of hospital malnutrition. 2006.(in Thai)
19. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN workshop nutritional screening and assessment. [Internet]. 2015 [cited 2017 January 20]
20. Mario A, Gaetano M, Silvia M, Raimondo A, Stefano V, et al. SACS 2.0: a proposal for the classification of peristomal skin disorders. Results of a multicenter observational study. Acta Vulnologica 2016;14(3):140-51.
21. Hiroki O, Julie KF, John S, Sumit R, Michael DL. Effectiveness of devices purported to reduce flatus odor. Am J Gastroenterol 2006;100(2):397-413.
22. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale: Eval Program Plann 1979; 2(3):197-207.
23. Kongsakon R, Jareonsettasin T. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction (CSQ-8) Thai version with psychiatric care: Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2000;45(2):155-63. (in Thai)
24. Poulia KA, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos DB, et al. Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. Clin Nutr 2012; 31(3):378-85.
25. Rasmussen HH, Holst M, Kondrup J. Measuring nutritional risk in hospitals. Clin Epidemiol 2010;2: 209-16.
26. Ryu SW, Kim IH. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients. World J Gastroenterol 2010;16(26): 3310-17.
27. Nguyen LT, Yates P, Annoussamy LC, Truong, TQ. The effectiveness of non-pharmacological interventions in the management of symptom clusters in adult cancer patients: a systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2016;14(4):49-59.
28. Dahal A, Meheta RK. Fatigue experience and coping strategies among cancer patients receiving chemotherapy. J Nepal Helth Res Counc 2018;16(40):285-90.
29. Taweeyanyongkul N, Chaiviboontham S, Sumdaengrit B. Symptom experiences and symptom management in patients with advanced cancer receiving palliative care. Rama Nurs J 2015;21(1): 82-95. (in Thai)
30. Phamornpon S. Quality of life in patients with permanent colostomies: a challenge to nursing roles. Thai Red Cross NursJ 2018;33(4):19-32. (in Thai)

31. Maneesin S, Sampatanukulb P, Lertmaharitc S, Nagarad C, Prasopsantie K. Health-related quality of life of patients living with ostomy in Thailand and cost implications. AsianBiomed 2012;6(2): 235-43.
32. Roshini AP, Sunny A, Rozario AP. Quality of life assessment in stoma patients in a tertiary care hospital in South India: a cross-sectional study. Int Surg J 2017;4(6):2037-41.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ตามการรับรู้ของหัวหน้างานการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

Factors Influencing Innovation Performance in Nursing Organizations as Perceived by Head Nurses of Community Hospitals under the Ministry of Public Health

Received: Feb 2, 2020
Revised: Mar 10, 2020
Accepted: Mar 20, 2020

นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี พย.ม. (Nitaya Thanomsaksri, MN.S)[1]
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ปร.ด. (Phechnoy Singchangchai, Ph.D)[2]
นฤมล ปทุมารักษ์ ปร.ด. (Narumon Pathumarak, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ตามการรับรู้ของหัวหน้างานการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้างานการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 305 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejzie และ Morgan เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามมี 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ใช้มาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.95-1.00 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90, 0.95, 0.93 และ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.51, SD = 0.70) และปัจจัยระดับบุคคล สามารถร่วมทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล ได้ร้อยละ 7.00 (R^2 = 0.07, F = 5.11) ปัจจัยระดับทีม สามารถร่วมทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 46 (R^2 = 0.46, F = 32.18) เพิ่มขึ้นจากปัจจัยระดับบุคคล 39 เปอร์เซ็นต์ ($\triangle R^2$ = 0.39) ปัจจัยด้านระดับองค์กร สามารถร่วมทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 66 (R^2 = 0.66, F = 49.44) เพิ่มขึ้น 20 เปอร์เซ็นต์ ($\triangle R^2$ = 0.20) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.00 (R^2 = 0.68, F = 45.59) เพิ่มขึ้น 2 เปอร์เซ็นต์ ($\triangle R^2$ = 0.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อพิจารณาเป็นตัวแปรย่อย พบว่า ตัวแปรย่อยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ปัจจัยระดับบุคคล คือ ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม (β = 0.11) การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม (β = 0.20) ปัจจัยระดับทีม คือ การวางแผนของทีม (β =0.62) ปัจจัยระดับองค์กร คือ ขนาดของโรงพยาบาล (β = 0.08) พฤติกรรมภาวะผู้นำ (β =0.30) บรรยากาศการสร้างนวัตกรรม (β =0.36) และปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อม คือ

[1]นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: ood_nit@hotmail.com
[2]ศาสตราจารย์ ประธานหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: phechnoy@gmail.com
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: nxpp@hotmail.com
Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand

การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้ (β = 0.19) โดยมีสมการทำนาย คือ Y(ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม) = 0.80+0.16 (ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม) + 0.26 (การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม) + 0.44 (การวางแผนของทีมนวัตกรรม) + 0.15 (ขนาดของโรงพยาบาล) + 0.25 (พฤติกรรมภาวะผู้นำ) + 0.32 (บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร) + 0.27 (การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้) ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารองค์กรการพยาบาลสามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาขับเคลื่อนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลให้บรรลุเป้าประสงค์ขององค์กรการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพด้านผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, หัวหน้างานการพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Innovation performance is one of the most important for an organization to have competitive advantage. The objective of this analytical research was to investigate factors influencing innovation performance in nursing organizations. The subjects of the study were 305 head nurses of community hospitals under the Ministry of Public Health; the sample size was calculated using Krejcie & Morgan formula. The research instrument was a 5-point rating scale questionnaire consisting of 5 parts: personal factors, team factors, organizational factors, environmental factors and innovation performance. The questionnaire was validated in terms of content by five experts and the content validity index (CVI) was between 0.95-1.00 and for the reliability, Cronbach's coefficient alpha was 0.90, 0.95, 0.93, 0.93. Then, data were analyzed with descriptive statistics and hierarchical multiple regression. The study found that the innovation performance in nursing organizations was at a high level (Mean= 3.51, SD = 0.70) while personal factors could help predict 7 percent (R^2 = 0.07, F = 5.11) of innovation performance of the nursing organizations; team factors could predict 46 percent (R^2 = 0.46, F = 32.18) to increase 39 percent ($\triangle R^2$ = 0.39) ; organizational factors could predict 66 percent (R^2 = 0.66, F = 49.44) to increase 20 percent ($\triangle R^2$ = 0.20) of the innovation performance, and environmental factors could predict 68 percent of the innovation performance (R^2 = 0.68, F = 45.59) to increase 2 percent ($\triangle R^2$ = 0.02) at a statistical significance level ($p<0.05$). When considering the sub-variables of each factor, it was found that the sub-variables influencing innovation performance of nursing organizations were innovation experience (β = 0.11), innovation training (β =0.20), team planning (β =0.62), hospital size (β = 0.08), leadership behavior (β = 0.30), innovation climate (β = 0.36), and use of technology and information (β =0.19).

The predictive equation was Y (innovation performance) = 0.80+0.16 (innovation experience) + 0.26 (innovation training) + 0.44 (team innovation planning) + 0.15 (hospital size) + 0.25 (leadership behavior) + 0.32 (innovation climate) +0.27 (technology and information). Thus, the body of knowledge resulting from this study could be utilized by nursing organization administrators by using these factors to drive innovation performance of nursing organizations to achieve organizational goals with more efficiency and effectiveness.

Keywords: innovation performance, influencing factors, head nurses, community hospitals

บทนำ

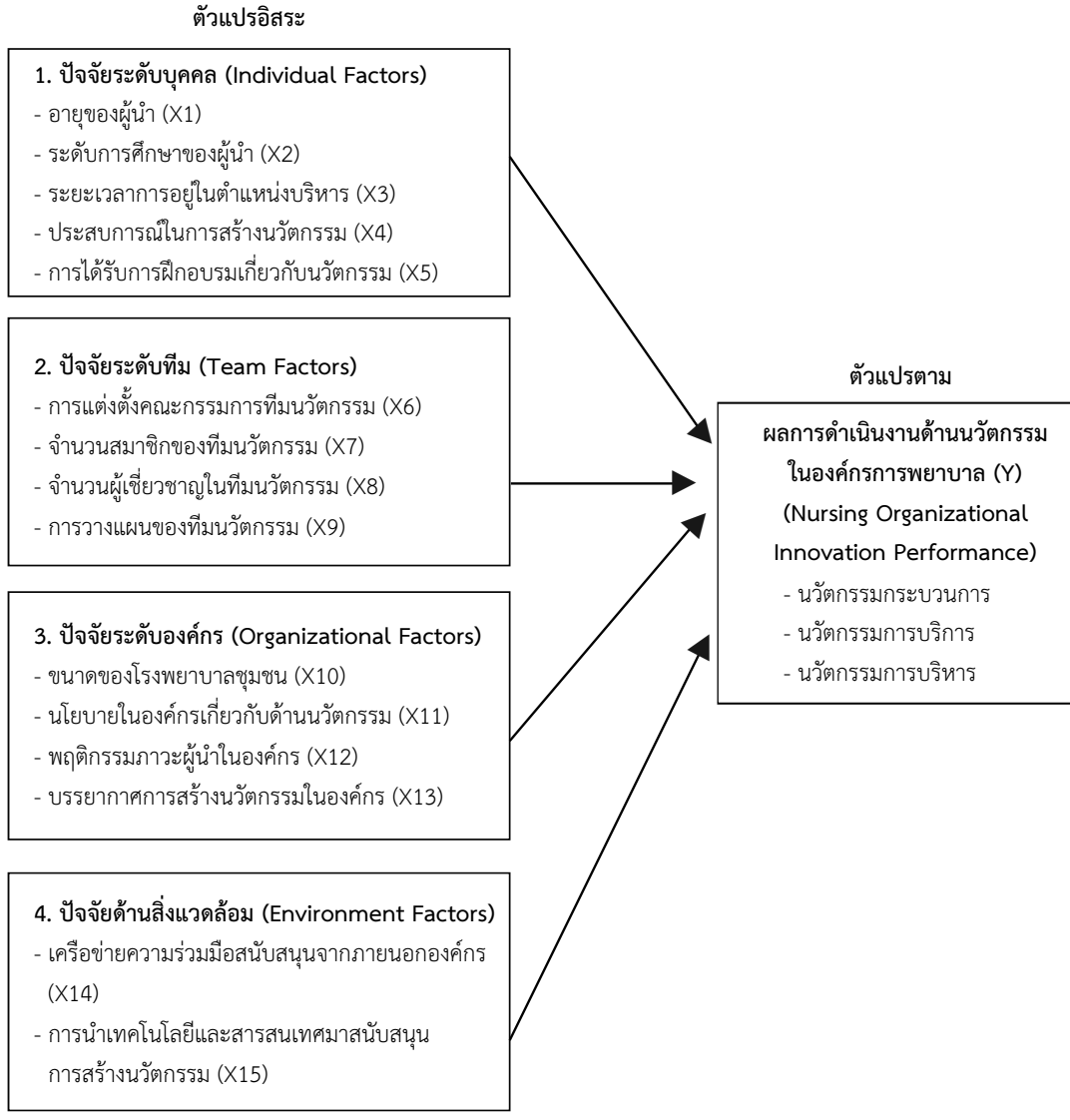
นวัตกรรมในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้องค์กรต่าง ๆ อยู่รอดจากสังคมโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ[1-4] เป็นที่ยอมรับว่านวัตกรรมมีส่วนร่วมและสามารถปรับปรุงคุณภาพของการบริการและยังเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ปัญหาขององค์กรภาครัฐในการรับมือกับความท้าทายของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลง[5-7] สำหรับองค์กรการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรใหญ่ในหน่วยงานด้านสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม เพราะผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมสามารถสร้างความสมดุลในการควบคุมต้นทุนและคุณภาพการบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ[8-11] ดังนั้นผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับองค์กรในการขับเคลื่อนให้เกิดผลการดำเนินงานขององค์กรครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิผล ด้านคุณภาพการบริการ และด้านการพัฒนาองค์กร[12] โดยองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจโลก[13] ได้ระบุว่า ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมเป็นการมุ่งเน้นกระบวนการของปัจจัยต่าง ๆ ในการผลิตนวัตกรรม การมุ่งเน้นผลลัพธ์ของกิจกรรมด้านนวัตกรรม การมุ่งเน้นความสำเร็จด้านนวัตกรรมขององค์กร รวมถึง ความสามารถในการสร้างสิ่งใหม่ ความคิดใหม่ กระบวนการใหม่ หรือเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงจนเกิดคุณค่าและเกิดประสิทธิผลกับองค์กร[14]

จากการทบทวนรายงานวิจัยทั้งต่างประเทศเกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร ผลการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในส่วนภาคธุรกิจ ภาครัฐมีค่อนข้างน้อย และพบในส่วนขององค์กรสุขภาพทั่วไป แต่การศึกษาในองค์กรการพยาบาลยังมีน้อย เช่น จากรายงานการวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐของ Vrise, Bekkers และ Tummers[15] พบว่าเป็นการศึกษาในภาครัฐที่เน้นหน่วยงานสุขภาพ ร้อยละ 16.57 และไม่มีผลการศึกษาในส่วนขององค์กรการพยาบาล และพบว่าผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่พบมากที่สุด คือ 1) นวัตกรรมกระบวนการ ร้อยละ 47.00 2) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์/การบริการ ร้อยละ 22.00 และ 3) นวัตกรรมการบริหาร ร้อยละ 13.00 สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษารายงานการวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของนิตยา ถนอมศักดิ์ศรี เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ นฤมล ปทุมารักษ์[16] ในเรื่องผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ จากการสังเคราะห์รายงานการวิจัยจำนวน 23 เรื่อง พบว่า ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่พบมากที่สุด คือ 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์/การบริการ ร้อยละ 48.00 2) นวัตกรรมกระบวนการ ร้อยละ 43.00 และนวัตกรรมการบริหาร ร้อยละ 17 ซึ่งรายงานการวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในองค์กรภาครัฐที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพมากที่สุด 9 เรื่อง บริบทด้านการศึกษา 8 เรื่อง บริบทด้านสุขภาพ 6 เรื่อง และพบการศึกษาในส่วนของการพยาบาลมีน้อยที่สุด พบเพียงจำนวน 2 เรื่อง และไม่มีการศึกษาในส่วนขององค์กรการพยาบาล จึงจะเห็นได้ว่าการศึกษาผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรสุขภาพและองค์กรการพยาบาลยังมีน้อยทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย

จากความสำคัญของปัญหาผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน พบว่าผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลยังมีน้อยและไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกองการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น และจากการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Vrise, Bekkers และ Tummers[15] และ Thanomsaksri, Singchangchai และ Pathumarak[16] พบผลการวิจัยเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยต่างประเทศ สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรจากงานวิจัยที่ผ่านมามี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การวิจัยนี้จึงต้องการขยายองค์ความรู้ และต้องการทดสอบองค์ความรู้อิทธิพลของปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากผลการวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่อง นวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ : การทบทวนอย่างเป็นระบบและวาระการวิจัยในอนาคต ของ Vrise, Bekkers และ Tummers[15] โดยการทบทวนรายงานการวิจัยจำนวน 181 เรื่อง และบูรณาการแนวคิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของ Damanpour และ Schneider[5] ดังภาพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จาก Vries, Bekkers & Tummers[15] และ Damanpour, et al[5].

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. เพื่อศึกษาสมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1: ปัจจัยระดับบุคคล มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมุติฐานที่ 2: ปัจจัยระดับทีม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมุติฐานที่ 3: ปัจจัยระดับองค์กร มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมุติฐานที่ 4: ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หัวหน้างานการพยาบาลตามโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2962 คน จำนวน 694 โรงพยาบาล โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ต้องมีประสบการณ์เป็นหัวหน้างานการพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์การอบรมด้านนวัตกรรม โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Krejzie และ Morgan[17] ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportionate stratified random sampling) และวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 81 โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ DeVellis[18] มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุของผู้นำ ระดับการศึกษาของผู้นำ ระยะเวลาการอยู่ในตำแหน่งบริหารหน่วยงาน ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนวัตกรรม เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยระดับทีม ได้แก่ การแต่งตั้งทีมดำเนินงานด้านนวัตกรรม จำนวนสมาชิกของทีมพัฒนานวัตกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ และการวางแผนของทีมพัฒนานวัตกรรม ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) พบมี 1 องค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน และนโยบายด้านการพัฒนานวัตกรรม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ และพฤติกรรมภาวะผู้นำ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) พบมี 3 องค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม

16 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 และบรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) พบมี 1 องค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เครือข่ายความร่วมมือจากภายนอกองค์กร และเทคโนโลยีและสารสนเทศ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล

ได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรมการบริการและนวัตกรรมการบริหาร ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) พบมี 3 องค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.02/2561 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

2. ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยให้ผู้ประสานงานการวิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลาซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอเอกสารอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการสุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามการวิจัยผ่านทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งเอกสารชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน โดยการโทรศัพท์ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ในการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลก่อน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 เดือน คือ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 340 ชุด ได้รับการส่งกลับคืนและข้อมูลมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 305 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ด้วย จำนวน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้การวางแผนของทีมนวัตกรรม พฤติกรรมภาวะผู้นำ บรรยากาศการสร้างนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อมการทำงานต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลด้วยสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)

4. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ การรับรู้การวางแผนของทีม พฤติกรรมภาวะผู้นำ บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการวางแผนของทีมพัฒนานวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.20, SD. = 0.90) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการวางแผนของทีมพัฒนานวัตกรรมในองค์กรมากที่สุด ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของทีม (Mean = 3.32, SD. = 0.88) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านการวางแผนของทีมพัฒนานวัตกรรมในองค์กรน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ และเวลาในการพัฒนานวัตกรรม (Mean = 3.07, SD. = 0.90)

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.81 , SD = 0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรมากที่สุด ได้แก่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนการรับรู้ด้านการวางแผนของทีมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

การวางแผนของทีมนวัตกรรม	Mean	SD.	ระดับการรับรู้	อันดับ
1. การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจของทีม	3.26	0.94	ปานกลาง	2
2. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของทีม	3.32	0.88	ปานกลาง	1
3. การวางแผนปฏิบัติการของทีม	3.25	0.89	ปานกลาง	3
4. การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของทีม	3.10	0.89	ปานกลาง	4
5. การสนับสนุนงบประมาณ และเวลาในการพัฒนานวัตกรรม	3.07	0.90	ปานกลาง	5
รวม	**3.20**	**0.90**	**ปานกลาง**	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนการรับรู้ด้านบรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร	Mean	SD.	ระดับการรับรู้	ลำดับ
1. การเห็นคุณค่าและชื่นชมบุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม	4.03	0.74	มาก	1
2. การมอบรางวัลให้แก่บุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม	3.79	0.85	มาก	3
3. การสนับสนุนความพยายามและการเรียนรู้ใหม่จากความผิดพลาดที่ผ่านมา	3.70	0.73	มาก	5
4. มีการเคารพและยอมรับความคิดเห็นที่ต่างกันของบุคลากร	3.73	0.67	มาก	4
5.มีการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร	3.82	0.73	มาก	2
รวม	**3.81**	**0.74**	**มาก**	

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำ จำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมภาวะผู้นำ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

	พฤติกรรมภาวะผู้นำในองค์กร	Mean	SD.	ระดับการรับรู้	ลำดับ
1.	**พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ (Motivator)**				
1.	การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรม	3.58	0.80	มาก	3
2.	การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดีสำหรับการดำเนินงานด้านนวัตกรรม	3.26	0.73	ปานกลาง	7
3.	การมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในองค์กรโดยการพัฒนานวัตกรรม/การใช้นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขององค์กร	3.44	0.82	ปานกลาง	5
4.	การปลูกฝังให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรม	3.53	0.79	มาก	4
5.	การแนะนำวิธีใหม่ๆ หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ	3.38	0.79	ปานกลาง	6
6.	การให้คำมั่นสัญญากับบุคลากรในองค์กรว่านวัตกรรมจะสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	3.25	0.76	ปานกลาง	8
7.	การสนับสนุนหรือส่งเสริมให้สมาชิกในองค์กรมีการประสานการทำงานร่วมกัน	3.64	0.77	มาก	2
8.	การเปิดรับความคิดใหม่ๆ ของสมาชิกในองค์กร	3.84	0.71	มาก	1
2.	**พฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบการ (Entrepreneur)**				
1.	การเสียสละเวลาส่วนตัวเมื่อมีการพัฒนานวัตกรรม หรือกระบวนการผลิตนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ยากและท้าทาย	3.45	0.85	ปานกลาง	4
2.	การแบ่งปันทรัพยากรที่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรม	3.41	0.78	ปานกลาง	5
3.	การสนับสนุนการใช้ความรู้แก้ไขปัญหาและสร้างผลลัพธ์ที่ดีให้องค์กร	3.80	0.75	มาก	2
4.	การใช้ข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรมาเรียนรู้	3.68	0.75	มาก	3
5.	การให้ความสำคัญกับความเสี่ยงและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น	3.90	0.75	มาก	1
3.	**พฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคต (Futurist)**				
1.	การสื่อสารและสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนในการกำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจด้านนวัตกรรม	3.36	0.97	ปานกลาง	2
2.	การแสดงออกที่ชัดเจนในการนำพาสมาชิกในองค์กรสร้างนวัตกรรม	3.37	0.84	ปานกลาง	1
3.	การวางแผนระยะยาวสำหรับการดำเนินงานด้านนวัตกรรม	3.33	0.78	ปานกลาง	3
	รวม	**3.50**	**0.8**	**ปานกลาง**	

การเห็นคุณค่าและชื่นชมบุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม (Mean = 4.03, SD. = 0.74) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรน้อยที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนความพยายามและการเรียนรู้ใหม่จากความผิดพลาดที่ผ่านมา (Mean = 3.70, SD. = 0.73)

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล ในองค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำแนกได้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ พฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบการ และพฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคต เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร	Mean	SD.	ระดับการรับรู้	ลำดับ
ด้านนวัตกรรมกระบวนการ	3.57	0.70	มาก	1
ด้านนวัตกรรมการบริการ	3.47	0.68	ปานกลาง	3
ด้านนวัตกรรมการบริหาร	3.48	0.71	ปานกลาง	2
รวม	**3.51**	**0.70**	**มาก**	

ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับทีม ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (n = 305)

Model	ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม							
	b	β	R^2	△ R^2	t	p-value	F	p-value
ปัจจัยระดับบุคคล			.07				5.11	<.001***
ประสบการณ์การสร้างนวัตกรรม	.16	.11			1.90	.01**		
การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม	.26	.20			3.53	<.001***		
ปัจจัยระดับทีม			.46	.39			32.18	<.001***
การวางแผนของทีม	.44	.62			13.26	<.001***		
ปัจจัยระดับองค์กร			.66	.20			49.44	<.001***
ขนาดของโรงพยาบาล	.15	.08			2.50	.01**		
พฤติกรรมภาวะผู้นำ	.25	.30			4.42	<.001***		
บรรยากาศการสร้างนวัตกรรม	.32	.36			6.89	<.001***		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม			0.68	.02			47.59	<.001***
การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้	.27	.19			4.95	<.001***		

a : Unstandardized coefficient, * : p<0.5, ** : p<.01, *** : p<.001, Constant (a) = 0.80

พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด ได้แก่ การเปิดรับความคิดใหม่ๆ ของสมาชิกในองค์กร (Mean = 3.84, SD. = 0.71) ส่วนข้อมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ การให้คำมั่นสัญญากับบุคลากรในองค์กรว่านวัตกรรมจะสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Mean = 3.25, SD. = 0.76)

พฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบการ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด ได้แก่ การให้ความสำคัญกับความเสี่ยงและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Mean = 3.90, SD. = 0.75) ส่วนข้อมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ การแบ่งปันทรัพยากรที่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรม (Mean = 3.41, SD. = 0.78)

พฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคต ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด ได้แก่ การแสดงออกที่ชัดเจนในการนำพาสมาชิกในองค์กรสร้างนวัตกรรม (Mean =3.37, SD. = 0.84) ส่วนข้อมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้น้อยที่สุด ได้แก่ การวางแผนระยะยาวสำหรับการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (Mean =3.33, SD. = 0.78)

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.51 , SD = 0.70) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ (Mean =3.57, SD = 0.70) ส่วนองค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลน้อยที่สุด ได้แก่ นวัตกรรมการบริการ (Mean = 3.47, SD = 0.68)

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ ดังนี้

โมเดลที่ 1 เมื่อนำตัวแปรปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุของผู้นำ (X1) ระดับการศึกษาของผู้นำ (X2) ระยะเวลาการบริหารหน่วยงาน (X3) ประสบการณ์ด้านนวัตกรรม (X4) และ การฝึกอบรมด้านนวัตกรรม (X5) สามารถร่วมทำนาย (อธิบายความผันแปร) คะแนนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้ร้อยละ 7 (R^2 = 0.07, F = 5.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบว่า ตัวแปรประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.11, t=1.90, p=.01) และตัวแปรการได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.20, t=3.53, p<.001) ซึ่งยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 1

โมเดลที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรปัจจัยระดับทีม ได้แก่ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทีมนวัตกรรม (X6) จำนวนสมาชิกของทีมนวัตกรรม (X7) จำนวนผู้เชี่ยวชาญในทีมนวัตกรรม (X8) การวางแผนของทีมนวัตกรรม (X9) เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย (อธิบายความผันแปร) คะแนนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 46 (R^2 = 0.46, F = 32.18) เพิ่มขึ้นจากปัจจัยระดับบุคคล ร้อยละ 39 เปอร์เซ็นต์ ($\triangle.R^2$ = 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบว่า ตัวแปรการวางแผนของทีม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.62, t=13.26, p<.001) ซึ่งยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 2

โมเดลที่ 3 เมื่อเพิ่มปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน (X10) การมีนโยบายในองค์กรเกี่ยวกับด้านนวัตกรรม (X11) พฤติกรรมภาวะผู้นำในองค์กร (X12) และ บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร (X13) เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย (อธิบายความผันแปร) คะแนนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 66 (R^2 = 0.66, F = 49.44) เพิ่มขึ้นจากปัจจัยระดับทีมร้อยละ 20 ($\triangle.R^2$ = 0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบว่า ตัวแปรขนาดของโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.08, t=2.50, p=.01) ตัวแปรพฤติกรรมภาวะผู้นำ มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.30, t=4.42, p<.001) และตัวแปรบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.36, t=6.89, p<.001) ซึ่งยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 3

โมเดลที่ 4 เมื่อเพิ่มปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ การมีเครือข่ายความร่วมมือสนับสนุนจากภายนอกองค์กร (X14) และการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม (X15) เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายเพิ่ม (อธิบายความผันแปร) คะแนนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68 (R^2 = 0.68, F = 45.59) เพิ่มขึ้น 2 เปอร์เซ็นต์ ($\triangle R^2$ = 0.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพบว่า ตัวแปรการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้ มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (β = 0.19, t=4.95, p<.001) ซึ่งยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 4

โดยสามารถนำมาเขียนสมการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) $\hat{y}$ (ผลการดำเนิน

งานด้านนวัตกรรม) = 0.80+0.16 (ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม) + 0.26 (การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม) + 0.44 (การวางแผนของทีมนวัตกรรม) + 0.15 (ขนาดของโรงพยาบาล) + 0.25 (พฤติกรรมภาวะผู้นำ) + 0.32 (บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร) + 0.27 (การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้)

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ของหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์การรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของหัวหน้างานการพยาบาลในองค์กรการพยาบาล พบว่า หัวหน้างานการพยาบาลรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมาก สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่จะแสดงพฤติกรรมและความเข้าใจในการพัฒนาให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ตามแนวคิด Adair[14] ผู้นำที่มีความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรม ต้องประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ ดังนี้ 1) ผู้บริหารต้องมีความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Innovation as Incremental Change) เนื่องจากนวัตกรรม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ของสมาชิกด้วยการถ่ายทอดความรู้ออกมาเป็นความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดการบริการพยาบาล และกระบวนการทำงานแบบใหม่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับต้องเข้าใจ 2) ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจกระบวนการบริหารให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (The Management of Change) คือ ต้องเข้าใจหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง และ 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีความเข้าใจว่ากระบวนการสร้างนวัตกรรมเป็นเชิงบวก (Innovation is Positive) คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเห็นคุณค่านวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลเป็นด้านบวก การให้คุณค่าของนวัตกรรมว่า เป็นกระบวนการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้นเสมอ และเกิดประโยชน์สุดในหน่วยงาน ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับในองค์กรการพยาบาลจึงต้องมีทักษะการบริหารตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนานวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ด้วยการเปิดให้แสดงความคิดใหม่ ๆ ของสมาชิกทุกคนในหน่วยงาน ผู้บริหารต้องสนับสนุนและต้องหลีกเลี่ยงการปฏิเสธหรือการปิดกั้นวิธีคิดที่แปลกไปจากกลุ่มสมาชิกในหน่วยงาน เนื่องจากนวัตกรรมสามารถเกิดได้จากความคิดที่เกิดจากความผิดปกติของสิ่งที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมในองค์กรการพยาบาล

ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม และการได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สืบเนื่องจาก หัวหน้างานการพยาบาลองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรมที่แตกต่างกัน กระบวนการสร้างสรรค์ประสบการณ์ใหม่ที่ต่อเนื่องกับประสบการณ์เก่า จะส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่ความรู้ความเข้าใจของบุคคลในปัจจุบันและอนาคตได้ นั่นหมายความว่า ถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์สูง บุคคลนั้นจะมีความรู้ และสามารถประยุกต์ความรู้นำสู่การปฏิบัติได้ดีกว่าคนไม่มีประสบการณ์[19] และจากการศึกษาปัจจัยตัวกำหนดนวัตกรรมในองค์กร พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์ เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของนวัตกรรมในองค์กร[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang, Zheng และ Darko[20] ที่ศึกษาการส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการสร้างบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม พบว่า ผู้นำที่มีประสบการณ์การสร้างนวัตกรรม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานขององค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abood และ Thabet[21] ที่ศึกษารูปแบบภาวะผู้นำกับรูปแบบการตัดสินใจของพยาบาลผู้จัดการแต่ละระดับ พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติในแผนก ($r = 0.24$, $p = .03$)

การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการ (Service plan) โดยสั่งการให้โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องดำเนินการให้ได้ผลงานตามแผนพัฒนาระบบบริการ โดยมีแผนการพัฒนาพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญ

รองรับทุกสาขา โดยการส่งเข้ารับการอบรมทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว โดยแต่ละสาขาจะเน้นการสร้างและใช้นวัตกรรมในการขับเคลื่อนผลการดำเนินงาน ตามแนวคิดของ Falck และ Heblich[22] ที่กล่าวว่า การได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องด้านนวัตกรรมสามารถทำให้บุคคลนั้นมีองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมและทักษะการพัฒนานวัตกรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dostie[23] ที่พบว่า การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรมของพนักงานแบบอบรมในห้อง (classroom training) (β = 0.13, p = 0.003) และแบบลงมือปฏิบัติ (on-the-job training) (β = 0.19, p = 0.00) มีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผลิตภัณฑ์และนวัตกรรมกระบวนการสอดคล้องกับการศึกษาของ Mokekhaow[24] ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรมมีการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในหอผู้ป่วยมากกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม (Mean = 3.87, S.D= 0.41)

ปัจจัยระดับทีม ได้แก่ การวางแผนของทีมนวัตกรรมมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สืบเนื่องจาก คุณลักษณะขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีโครงสร้างการทำงานเป็นทีมการพยาบาล โดยแบ่งงานออกเป็น 8 กลุ่มงาน มีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุดมีพยาบาลจำนวน 30-120 คน ในแต่ละหอผู้ป่วย แผนกและหน่วยงาน มีหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก และหัวหน้างานเป็นผู้บริหารจัดการหอผู้ป่วย แผนก และหน่วยงาน โดยการทำงานต้องมีกระบวนการวางแผนของทีมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และองค์ประกอบของแต่ละทีมจะมีสมาชิกกลุ่มที่มีความรู้และทักษะ ความคิดสร้างสรรค์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดแนวโน้มการสร้างนวัตกรรมที่แตกต่างกันเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Marquis และ Huston[25] กล่าวว่า การวางแผนที่ดีจะช่วยให้กระบวนการจัดการของทีมมีประสิทธิภาพ และจะเกิดผลลัพธ์ตามที่องค์กรต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษา Li, She และ Yang[26] ที่ศึกษาบทบาทของภาวะผู้นำและความหลากหลายทางความคิดของทีมนวัตกรรมกับการส่งเสริมผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ผลการศึกษาพบว่า ความหลากหลายทางความคิดของทีมนวัตกรรมมีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (β = 0.22, p < .05) โดยถ้าสมาชิกทีมแต่ละบุคคลมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม จะมีความคาดหวังเป้าหมายของทีมในการสร้างนวัตกรรมของทีมเหมือนกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการสร้างนวัตกรรมในระดับบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กรตามมา[27]

ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล พฤติกรรมภาวะผู้นำ และบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

สืบเนื่องจาก ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 70.49 โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก และหัวหน้างานเป็นผู้บริหารจัดการหอผู้ป่วย แผนก และหน่วยงาน อภิปรายได้ว่า องค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 ขนาด มีลักษณะที่แตกต่างกันทั้งจำนวนสมาชิกพยาบาล โครงสร้างในองค์กร วัฒนธรรมและบรรยากาศในองค์กร การเงินและทรัพยากรต่าง ๆ โดยความแตกต่างในด้านต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในองค์กร และขนาดขององค์กรจะสัมพันธ์กับความพร้อมของทรัพยากร และมีผลต่อระดับแรงจูงใจ และความคาดหวังของสมาชิกองค์กร ซึ่งมีบทบาทในการสร้างความมั่นใจให้สมาชิก และเพิ่มประสิทธิภาพของผลการดำเนินงานในทุกๆด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beyene และคณะ[28] พบว่า ขนาดขององค์กรที่แตกต่างกันมีผลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรแตกต่างกัน โดยกลยุทธ์ด้านนวัตกรรมในองค์กร และการเรียนรู้ขององค์กร จะมีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยองค์กรที่มีขนาดใหญ่จะมีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมมากกว่าองค์กรขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.22, p<0.001)

พฤติกรรมภาวะผู้นำ มีผลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่า พฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ พฤติกรรมภาวะผู้นำผู้ประกอบการ และพฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคต อภิปรายได้ว่า เนื่องจากทุกองค์กรจะประกอบด้วยบุคคลและทีม โดยในแต่ละทีมจะมีผู้นำเป็นผู้กำหนดและกำกับ

ติดตาม สนับสนุนให้สมาชิกในทีมเกิดการสร้างสรรค์ผลงาน และพฤติกรรมของผู้นำยังเป็นตัวกำหนดโครงสร้างและวัฒนธรรมในองค์กรนั้น ๆ และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดผลการดำเนินงาน[29] โดยผู้นำเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในองค์กรสุขภาพ เพราะผู้นำเป็นผู้สนับสนุนทีมและบุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการสร้างนวัตกรรมในองค์กร และเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย คือ นวัตกรรมในองค์กร และเป็นเหตุผลที่สำคัญที่สนับสนุนความเชื่อว่าพฤติกรรมภาวะผู้นำที่มีในผู้นำ จะบูรณาการทุกส่วนให้เกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพขององค์กร ได้แก่ 1) ผู้นำจะเป็นผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation climate) และ 2) ผู้นำองค์กรตั้งแต่ระดับสูงสุดจนถึงระดับล่างต้องมีการถ่ายทอดสื่อสารกลยุทธ์และเป้าหมายเกี่ยวกับนวัตกรรมในองค์กร รวมทั้งมีการบริหารจัดการเรื่องเวลาในกระบวนการสร้างนวัตกรรม ทั้งในระดับบุคคล ทีม และองค์กร[30] สอดคล้องกับการศึกษาของ Crossan และ Apaydin[19] ที่ศึกษาปัจจัยในการกำหนดนวัตกรรมในองค์กร ในแต่ละระดับ พบว่าในระดับองค์กร ปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้บริหารทุกระดับ ทั้งผู้บริหารระดับสูงสุดขององค์กร ผู้บริหารระดับสูงสุดของทีม และผู้บริหารระดับหน่วยงาน ซึ่งต้องมีความสามารถในการโน้มน้าวให้ผู้ตามเกิดการสร้างสรรค์พัฒนานวัตกรรมในองค์กร

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่า หัวหน้างานการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำประเภทประกอบการมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.65, SD. = 0.77) ด้วยหัวหน้างานการพยาบาล องค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน มีการให้ความสำคัญกับความเสี่ยงและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และมีการใช้ข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรมาเรียนรู้ มีการสนับสนุนการใช้ความรู้แก้ไขปัญหาและสร้างผลลัพธ์ที่ดีให้องค์กร รองลงคือ พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, SD. = 0.77) และพฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคตมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.35, SD. = 0.86) ซึ่งพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมภาวะผู้นำของบุคคลจะส่งผลทำให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมจะต้องมีการผสมผสานรูปแบบภาวะผู้นำหลาย ๆ รูปแบบร่วมกัน จึงจะส่งผลให้เกิดนวัตกรรมในองค์กรมากกว่าการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาปฏิบัติ ได้แก่ พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) พฤติกรรมภาวะผู้นำทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) พฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบการ (Entrepreneurship) พฤติกรรมภาวะผู้นำทักษะการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Collaborative skill) และพฤติกรรมภาวะผู้นำความสามารถเป็นพลวัตร (Dynamic capabilities)[31] การผสมผสานพฤติกรรมภาวะผู้นำทั้ง 5 รูปแบบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรภาครัฐ เนื่องจากพฤติกรรมภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมทั้งในระดับบุคคล (Individual level) ระดับทีม (Team level) และระดับองค์กร (Organizational level)[15] พฤติกรรมภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกระดับจะช่วยสนับสนุนทีมบุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพในองค์กร ซึ่งพฤติกรรมที่แตกต่างกันของภาวะผู้นำแต่ละแบบ ช่วยทำให้มุมมองในการสร้างนวัตกรรมแตกต่างกัน เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรเพิ่มมากขึ้น[32]

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan, Nawaz, และ Khan[33] ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการสุขภาพ ประเทศปากีสถาน พบว่า พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการสุขภาพ ($r = 0.68$, $p<.001$) พฤติกรรมภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการสุขภาพ ($r = 0.51$, $p<.001$) และพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับพฤติกรรมภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการสุขภาพได้ ร้อยละ 55.00 ($R^2 = 0.55$, $p<.001$) จากการศึกษาของ Amri และคณะ[34] ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรการศึกษา ประเทศมาเลเซีย พบว่า พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการศึกษา ($\beta = 0.79$, $p < .001$) และยังพบว่า พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

สามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการศึกษาได้ร้อยละ 63 (R^2=0.63, p<.001) จากการศึกษาของ Muchtar[35] ที่ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กร ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรการสื่อสาร ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กร (β = 0.06, p<.001) และพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรได้ ร้อยละ 75 (R^2 = 0.75, p<.001)

นอกจากนั้น บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรยังมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน โดยหัวหน้างานการพยาบาลในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.81, SD. = 0.74) โดย พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรมากที่สุด ได้แก่ องค์กรการพยาบาลต้องเห็นคุณค่าและชื่นชมบุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม มีการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร และต้องการมอบรางวัลให้แก่บุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมบรรยากาศในการสร้างนวัตกรรมขององค์กรให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กรการพยาบาลต่อไป ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของผู้นำสูงสุดในองค์กรที่จะต้องสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร เพื่อให้ตอบสนองเป้าหมายการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การสร้างวิสัยทัศน์ด้านนวัตกรรม การมุ่งเน้นการทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน[15] สอดคล้องกับการศึกษาของ Arons และ Sommerfeld[36] ที่ศึกษาภาวะผู้นำ บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมกับนวัตกรรมในองค์กร พบว่า บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ali และ Buang[37] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการสาธารณะ ประเทศมาเลเซีย พบว่า บรรยากาศการสร้างนวัตกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร ($r = 0.69, p < .05$) และบรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรร่วมกับพฤติกรรมภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรบริการได้ ร้อยละ 77 (R^2=0.77, p<.05) โดยที่บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กรมีสัมประสิทธิ์การถดถอยมากที่สุด (β = 0.47, p <.05)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษา พบว่า องค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีการนำเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมมากที่สุด ร้อยละ 73.77 เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เอื้อให้องค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน พัฒนางานด้านนวัตกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายใน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยสิ่งแวดล้อมภายนอกที่สำคัญในยุคองค์กรการพยาบาล 4.0 ได้แก่ ระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อทำให้องค์กรการพยาบาลเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง และเนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศถือเป็นโครงสร้างพื้นฐานขององค์กร เป็นเครื่องมือในการบริหารเชิงกลยุทธ์ เป็นการจัดการโครงสร้างขององค์กร และยังทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับบุคคล ทำให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vargas, Estradab และ Gómez[38] ที่ศึกษาอิทธิพลของเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของบริษัท ประเทศแมกซิโก พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของบริษัททั้งนวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ และนวัตกรรมการบริหาร (β = 0.48, p < .001) จากการศึกษาของ Jabbouri และคณะ[39] ที่ศึกษาอิทธิพลของโครงสร้างพื้นฐานของเทคโนโลยีสารสนเทศต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของมหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศอิรัก พบว่า โครงสร้างพื้นฐานของเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมได้ร้อยละ 68 (R^2=0.68, p<.05) และโครงสร้างพื้นฐานของเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลทางตรงกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของมหาวิทยาลัยเอกชน ในประเทศอิรัก (β = 0.37, p < .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

ข้อค้นพบจากงานวิจัย สามารถนำไปใช้ได้ ดังนี้

1.1 ประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรมของหัวหน้างานการพยาบาล มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารองค์กรการพยาบาลต้องให้ความสำคัญ สนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลในทุกหน่วยงาน ให้มีการฝึกและสะสมประสบการณ์การสร้างนวัตกรรมให้มากขึ้นและครอบคลุมทุกหน่วยงาน

1.2 การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารองค์กรการพยาบาล ต้องกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดขององค์กรการพยาบาลในการพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนานวัตกรรมให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80.00

1.3 ขนาดของโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐที่กำกับดูแลองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ต้องนำข้อค้นพบนี้มากำหนดทิศทางในการพัฒนา กำหนดโครงสร้างงานวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 เพิ่มเติม

1.4 พฤติกรรมภาวะผู้นำ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ พฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบการ และพฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคต มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ต้องส่งเสริมและวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาบุคลากรที่จะดำรงตำแหน่งสายบริหารให้มีพฤติกรรมภาวะผู้นำจูงใจ และพฤติกรรมภาวะผู้นำอนาคตเพิ่มเติม ให้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ

1.5 บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ต้องมีการบริหารจัดการสร้างบรรยากาศในองค์กร โดยการเห็นคุณค่าและชื่นชมบุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม มีการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร การมอบรางวัลให้แก่บุคลากรที่มีผลงานด้านนวัตกรรม ต้องเคารพและยอมรับความคิดเห็นที่ต่างกันของบุคลากร และการสนับสนุนความพยายามและการเรียนรู้ใหม่จากความผิดพลาดที่ผ่านมา

1.6 การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ต้องมีแผนในการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม เพื่อเพิ่มผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล

1.7 นำเสนอข้อค้นพบงานวิจัยนี้ ต่อกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสามารถใช้ข้อมูลประกอบการวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2560-2564 ประเด็นที่ 5 ได้แก่ ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อยกระดับสมรรถนะองค์กรการพยาบาลให้สอดคล้องกับความท้าทายในยุคไทยแลนด์ 4.0 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

2. ด้านวิชาการและการศึกษา

2.1 นำองค์ความรู้จากข้อค้นพบงานวิจัยนี้มาสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวัดผลการดำเนินการด้านนวัตกรรม ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลควรมีหลักสูตรเกี่ยวกับนวัตกรรมและผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร สำหรับพยาบาลในแต่ละระดับ

2.3 ได้องค์ความรู้ใหม่ คือ เครื่องมือวัดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล (Innovation Performance Scale in Nursing Organizations) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรมการบริการ และนวัตกรรมการบริหาร

3. ด้านการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

3.1 องค์กรการพยาบาลสามารถนำองค์ความรู้จากงานวิจัยนี้ เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรการพยาบาล ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรพฤติกรรมภาวะผู้นำ การวางแผนของทีม การพัฒนานวัตกรรม และการใช้เทคโนโลยี

และสารสนเทศมาสนับสนุนในการสร้างนวัตกรรมในองค์กรให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับก่อนที่จะเข้าสู่ตำแหน่ง ตั้งแต่ระดับหัวหน้างาน หรือผู้บริหารทางการพยาบาล

3.2 สามารถใช้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้บริหารองค์กรการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบขนาดของโรงพยาบาลชุมชนกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลว่าเหมือนหรือแตกต่างกัน เพื่อขยายองค์ความรู้เพิ่มเติม

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่น เช่น องค์กรด้านการศึกษา การเมืองการปกครอง สาธารณูปโภค และบริบทขององค์กรการพยาบาลที่เป็นภาคเอกชน เพื่อยืนยันและขยายองค์ความรู้รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม

3. ควรมีการทำวิจัยต่อในรูปแบบการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) โดยการนำปัจจัยที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรมของหัวหน้างานการพยาบาล การวางแผนของทีมนวัตกรรม พฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างานการพยาบาล บรรยากาศการสร้างนวัตกรรมในองค์กร และการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม เป็นตัวแปรแฝงในการทดสอบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

4. ควรมีการทำวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันองค์ความรู้ใหม่ในบริบทขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

References

1. Cingoz A, Akdogan A. “An empirical examination of performance image outcome expectations as determinants of innovative behavior in the workplace”, Procedia Social and Behavioral Sciences 2011;24:847-53.
2. Jafri MH. Organizational commitment and employee’s innovative behavior: a study in retail sector. Journal of Management Research 2010;10:62-68.
3. Pundt A, Martins E, Nerdinger FW. “Innovative behavior and the reciprocal Exchange between employees and organizations”, German Journal of Human Resource Management:Zeitschrift fur Personalforschung 2010;24(2):173-93.
4. Pyka A, Hanusch H. Social innovations in the perspective of Comprehensive Neo-Schumpeterian Economics. Parra Rodríguez; 2013
5. Damanpour F, Schneider M. 'Characteristics of innovation and innovation adoption in public organizations: assessing the role of managers'. Journal of Public Administration Research and Theory 2009;19(3):495-522.
6. Osborne SP, Brown L. 'Innovation, Public Policy and Public Services Delivery in The UK. The Word that Would Be King, Public Administration 2011;89(4):1335-50.
7. Walker RM. ‘Internal and External Antecedents of Process Innovation: A Review and Extension’. Public Management Review 2014;16(1):21-44.

8. ICN. Delivering quality, serving communities: nurses leading care innovations. Retrieved from http://www.icn.ch/publications/2009-delivering-qualityserving- communities-nurses-. 2009
9. Mcsherry R, Douglas M. Innovation in nursing practice: a means to tackling the global challenges facing nurses, midwives and nurse leaders and managers in the future. Journal of Nursing Management 2011;19(2):165-9.
10. Najm A, Alhmeidiyeen MS. Impact of Change Management Dimensions on Performance. European Journal of Business and Management 2015;7(12):185-95. Criteria at Greater Amman Municipality (GAM)
11. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal 2010;15(1):1-20.
12. Lee SM, Trimi S. Innovation for creating a smart future. Retrieved from www.elsevier.es/en-revista-journal-innovation-knowledge-376-pdf-S244; 2016
13. OECD. Oslo Manual : Guidelines for collecting and interpreting innovation data. A joint publication of OECD and Eurostat; 2005
14. Adair J. Leadership for Innovation: How to Organize Team Creativity and Harvest Ideas.Kogan Page, London; 2009
15. Vrise HD, Bekkers V, Tummers L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. Public Administration 2016;94(1):146–66.
16. Thanomsaksri N, Singchangchai P, Pathumarak N. Leadership and organizational innovation for public sector: a systematic review. Journal of Health and Nursing Research 2562;35(3):1-15. (in thai)
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970:30:607-10.
18. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. London : SAGE Publication Ltd; 2012
19. Crossan MM, Apaydin MA. Multi-dimensional framework of organizational innovation : a systematic review of the literature. Journal of Management Studies 2010;47(6):1154-91.
20. Zhang Y, Zheng J, Darko A. How does transformational leadership promote innovation in construction? The Mediating Role of Innovation Climate and the Multilevel Moderation Role of Project Requirements. Sustainability 2018;10:1-19.
21. Abood S, Thabet M. Impact of Leadership Styles on Decision Making Styles among Nurses' Managerial Levels 2017;34(3):7-11.
22. Falck O, Heblich S. Training and innovation. Journal of Human Capital 2009;3(4):323-53.
23. Dostie, B. The impact of training on innovation: ILR review. Journal permissions 2018;71(1):64-87.
24. Mokekhaow K. The Relationship Model among Transformational Leadership, Knowledge Creation and Innovation Management Performance in Nursing Units at Community. (in Thai)
25. Marquis BL. Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: theory and application (7thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012

26. Li Q She Z, Yang B. Promoting innovative performance in multidisciplinary teams: the roles of paradoxical leadership and team perspective taking. Frontiers in Psychology 2018;9(2):1-10.
27. Lin C U. Influences of individual, organizational and environmental factors on technological innovation in Taiwan's logistics industry. journal of technology management & innovation 2011; 6(4):1-8.
28. Beyene KT, Chi C S, Wu WW. the impact of innovation strategy on organizational learning and innovation performance: DO firm size and ownership type make a difference. South African Journal of Industrial Engineering 2016;27(1):125-36.
29. Mullins LJ. Management & Organizational Behavior. United Kingdom; Pearson Education Limited, 2013
30. Denti L. Hemlin S. Leadership and innovation in organization: a systematic review of factors that Mediate or Moderate the relationship. International Journal of Innovation Management 2012; 16(3):1-20.
31. Ricard MA. Innovation capacity in the public sector: What's the link between leadership and innovation?. research results from the LIPSE project on Innovation in the public sector funded by the 7th Framework Program of the European Union; 2014.
32. Wang P, Rode JC, Shi K, Luo Z, Chen W. A workgroup climate perspective on the relationships among transformational leadership, workgroup diversity, and employee creativity. Group & Organization Management 2013;38(3):334–60.
33. Khan ZA., Nawazl A., Khan I. The impact of leadership style on innovation in health service. Gomal University Journal of Research [GUJR] 2015;31(1):143-54.
34. Amri AY, Hassan R, Isaac O. Masoud Y. The effect of transformational leadership on organizational innovation in higher education: the case of developing countries. International Journal of Management and Human Science (IJMHS), 2018;2(4),25-37.
35. Muchtar YC. The influence of transformational leadership style on innovation mediated by organizational culture. Journal of Management Research 2014;6(4):76-186.
36. Arons AG. Sommerfeld DH. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence based practice during a statewide implementation. J Am Acad Child adolesc Psychiatry 2012; 51(4):1-15.
37. Ali KA. Buang M. Study on factors that influence innovation in malaysian public sector. Journal of Advanced Research in Business and Management Studies 2016;4(1):60-73.
38. Vargas HC, Estrada S. Gómez EL. The effects of ICTs as innovation facilitators for a greater. procedia computer science 2016;9(1):47-56.
39. Jabbouri NI, Siron R, Zahari I, Khalid M. Impact of information technology infrastructure on innovation performance: an empirical study on private Universities In Iraq. Procedia Economics and Finance 2016;39:861-69.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

Effectiveness of a Mental Health Promotion Program on the Mental Health among Older Adults

Received: Sep 23, 2019
Revised: Dec 1, 2019
Accepted: Dec 13, 2019

จารุวรรณ ก้านศรี ปร.ด. (Jaruwan Kansri, Ph.D.)[1]
ชุติมา มาลัย ปร.ด. (Chutima Mdalai, Ph.D.)[2]
นภัทร เตี๋ยอนุกูล พย.ม. (Napat Teianukool, M.N.S.)[3]
ภัทรวดี ศรีนวล รป.ม. (Pattarawadee Srinuan, M.E.A.)[4]
นภัสสร ยอดทองดี พย.ม. (Napatsorn Yodthongdee, M.N.S.)[5]

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่สามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือความพิการด้านการเคลื่อนไหว 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 60 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยประยุกต์แนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมะผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายหลังการทดลอง (Mean = 167.40, SD. =13.09) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean =154.40, SD = 14.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 13.54, SD = 13.80) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 2.17, SD = 1.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ แต่ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

[1,3,4,5] *พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท Email: jaruwan_kansri@hotmail.com*
[2] *ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท E-mail: chutimali55@gmail.com*
Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Chai Nat, Thailand

Abstract

It is recognized that the elderly people are at high risk of mental health problems. Mental Health promotion is a concept that can reduce such risks. This quasi-experimental study was designed to examine the effects of a mental health promotion program on the mental health status among elderly people. To be eligible for the study, the participant had to meet the following criteria: 1) be 60 years of age or older; 2) possess good self-help; 3) no severe communicable diseases or movement disabilities; 4) be fluent in Thai; and 5) have a willing to participate in the study. There were 60 participants in the study. Participants were randomly assigned to an experimental group (n=30) and control group (n=30). The experimental group received the mental health promotion program. This program was developed using 3 concepts: the concept of creating happiness from Dhamma principles, the concept of creating psychological well-being, and the concept of holistic health care. The program consisted of 8 weekly sessions (90 minutes for each) over a period of 8 consecutive weeks, while the control group received regular care activities. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test. Research findings were as follows: 1) After participating in the mental health promotion program, post-test mean score (M = 167.40, SD = 13.09) for the mental health of the experimental group were statistically higher than pre-test score (M = 154.40, SD = 14.13) ($p<.001$); 2) Mean difference score for the mental health of the experimental group between pre-test and post-test ($\bar{D}_1$ =13.54, SD = 13.80) were significantly higher than those of the control group ($\bar{D}_2$=2.17, SD = 1.04) ($p<.001$). Research findings indicated that the mental health promotion program would potentially enhance the mental health status among elderly people. Longitudinal study is needed to investigate the sustainability of mental health status among elderly people.

Keywords: mental health promotion, elderly people

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้โครงสร้างประชากรประเทศไทยเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing)” ซึ่งพบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.20 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.10 ในปี พ.ศ. 2583 และเป็นที่น่าสังเกตคือ ปี พ.ศ. 2600 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากันกับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ[1] ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การดำรงชีวิตและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคคลในวัยอื่น ๆ[2] โดยมีรายงานว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21.00 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้หญิงสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 24.81 และ 17.18 ตามลำดับ)[3] การศึกษาของแคมเบิลและคณะ[4] ในผู้สูงอายุเขตชนบทของประเทศอินเดีย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตร้อยละ 41.30 ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น และการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลง ทำให้เกิดความวิตกกังวล เศร้าและสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด[5]

จากปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีความสำคัญอย่างมาก ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุ[6] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีสามารถพึ่งพาตนองและอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่า ก็ย่อมที่จะคงความมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไปได้[7]

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต การจัดกิจกรรมหรือการบริการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และควรจัดกิจกรรมหรือการบริการที่เน้นเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่มีสุขภาพสมบูรณ์อย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมผ่านมาพบว่า มีวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลายวิธีด้วยกัน เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกสมาธิ การทำจิตบำบัดรายบุคคล และการสร้างเครือข่ายทางสังคม[7] ซึ่งกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการสร้างสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันอย่างเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ สร้างความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสุขภาพจิตดีมากขึ้น[8] ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่การสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จึงได้ปรับปรุงวิธีการสอนแบบโครงการ โดยร่วมกันส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดในการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระพรหมคุณาภรณ์[8] มาผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม[9] มาร่วมกันวางแผนทำการศึกษาหาข้อมูลความรู้ที่จำเป็นตลอดจนการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามบริบทของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

คำถามการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม หรือไม่

สมมุติฐานงานวิจัย

1 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่มีเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่กำหนดดังนี้ คือ 1) ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือความพิการด้านการเคลื่อนไหว 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระพรหมคุณาภรณ์[8] คือ สุขกาย สุขใจ พลานามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก มาผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม[9] คือ กาย จิต สังคมและปัญญา มาเป็นกรอบในการสร้างความสุข 5 ด้าน ดังนี้ 1) สุขสบาย 2) สุขสนุก 3) สุขสง่า 4) สุขสว่าง 5) สุขสงบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีมุมมองโลกในแง่บวก เข้าใจสภาวธรรมชาติของมนุษย์ สามารถจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้นและเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีเหตุผล เมื่อสามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบได้ ก็จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาวะจิตของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้ คือ 1) ไม่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีประวัติของการรักษาด้วยโรคจิตเวช 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้เกิน 2 ครั้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกครั้ง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) สุ่มอำเภอ โดยสุ่มอำเภอทั้งหมดของจังหวัดชัยนาท ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับสลากเลือกรายชื่ออำเภอของจังหวัดชัยนาท จากจำนวน 8 อำเภอ สุ่มได้อำเภอเมืองจังหวัดชัยนาท 2) สุ่มตำบล โดยสุ่มตำบลทั้งหมดของอำเภอเมือง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random sampling) ด้วยการจับสลากเลือกรายชื่อตำบลของอำเภอเมือง จำนวน 2 ตำบล สุ่มได้ตำบลชัยนาทและตำบลบ้านกล้วย 3) สุ่มตำบล

ละ 1 ชมรมผู้สูงอายุ คือ ตำบลชัยนาทได้ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 6 วัดส่องคบและตำบลบ้านกล้วยได้ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 3 วัดท่าชัย 4) จับสลากเลือกกลุ่มทดลองคือชมรมผู้สูงอายุหมู่ 6 วัดส่องคบ และกลุ่มควบคุมคือชมรมผู้สูงอายุหมู่ 3 วัดท่าชัย 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงตามเกณฑ์การคัดเข้า จากทั้ง 2 ตำบลต่อจากนั้นจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ตำบลจะสามารถจับคู่ได้ 30 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุ สถานภาพและรายได้ 6) ผู้วิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ การพิทักษ์สิทธิ์และเซ็นใบยินยอมหากสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการทดลองและนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากผลการคำนวณค่าอำนาจอิทธิพล โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลศึกษาของพรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐและประนอม โอทกานนท์[10] ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.0.10 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% นำไปคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อยกลุ่มละ 23 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30.00[11] เป็นกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน เพื่อทดแทนการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (dropout) ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ไม่มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้

1.2 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ปีพ.ศ.2550 ของอภิชัย มงคลและคณะ[12] มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน โดยนำคะแนนมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 179-220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (good) คะแนน 158-178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และคะแนน 157 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาพระ อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาร์ค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์แนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระพรหมคุณาภรณ์[8] คือ หลักธรรมะ 4 ประการ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ พลานามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก เพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม[9] คือ กาย จิต สังคมและปัญญา มาเป็นกรอบในการสร้างความสุข 5 ด้าน ได้แก่ 1) สุขสบาย 2) สุขสนุก 3) สุขสง่า 4) สุขสว่าง 5) สุขสงบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการทำความรู้จักกันวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ และชี้แจงวัตถุประสงค์ จำนวนครั้งและระยะเวลา สถานที่ การเข้าร่วมโปรแกรม และการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยชี่กงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย ให้ครบทุกส่วนของข้อต่อของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมนันทนาการด้วยการร้องรำทำเพลงด้วยท่ารำต่าง ๆ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความสุข สนุกสนานกับเสียงเพลง ท่ารำ

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมเปิดเผยตัวตน ค้นพบความแตกต่าง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคมและชุมชมรวมทั้งข้อดีข้อเสียของตนเอง พร้อมทั้งเสียงสะท้อนจากคนรอบข้างได้

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมคนสำคัญของครอบครัว กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตด้านจิตใจ เพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเอง

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเรามีเป้าหมายที่ดีมีความหมาย กิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านจิตใจ วิญญาณและสังคม ในการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมทักษะการจัดการความเครียดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด และมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองและสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมอำลาและทบทวน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา พร้อมทั้งประเมินผลด้วยแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งและการได้รับการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นครั้งคราว

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น พร้อมคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต พร้อมคู่มือไปดำเนินการทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาพระ อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 8 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตพร้อมคู่มือที่พัฒนาขึ้น การออกกำลังกายท่าซี่กง ควรปรับให้มีจำนวนท่าทางลดลง เนื่องจากอาจยากเกินสำหรับผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง หลังจากผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการคัดเลือกและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำตนเอง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ในวันแรกของการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง สำหรับกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่มด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้เวลาครั้งละ 90 นาทีจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คือ วันศุกร์ ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ภายหลังกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมอบหมายให้กลุ่มทดลองไปฝึกทำกิจกรรมแต่ละอย่างเป็นการบ้าน ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแต่ยังคงได้รับการดูแลตามปกติทั่วไป คือ มีเพียงการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งและการได้รับการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นครั้งคราว รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. ระยะประเมินผลหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ หลังการทดลองทันทีคือสัปดาห์ที่ 8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หนังสือเลขที่ 2/2562 โดยให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต กรณีที่ผลการประเมินสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อไปเพื่อเข้ารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาสร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับขั้นดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยแสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. สถิติวิเคราะห์ (analytic statistics)

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ dependent t- test

2.2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	14	46.66	14	46.66	.267[a]	.606
หญิง	16	53.37	16	53.37		
อายุ						
65-69 ปี	9	30.00	9	30.00	.223[a]	.621
70-74 ปี	15	50.00	15	50.00		
75-79 ปี	6	20.00	6	20.00		
สถานภาพสมรส						
โสด	3	10.00	2	6.67	.234[b]	.972
คู่/อยู่ด้วยกัน	20	66.67	21	70.00		
หม้าย/หย่าร้าง	7	23.33	7	23.33		
อาชีพ						
ค้าขาย	6	20.00	6	20.00	1.505[b]	.471
เกษตรกร	22	73.30	19	63.30		
รับจ้าง	2	6.70	5	11.70		
รายได้						
เพียงพอ	30	100.00	30	100.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	30	100.00	30	100.00		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	14	46.70	14	46.70	.267[a]	.606
มี	16	53.30	16	53.30		

หมายเหตุ [a]= Chi-square test, [b]= Fisher's Exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมเท่ากัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 70-74 ปี รองลงมาอายุในช่วง 65-69 ปี และอายุในช่วง 75-79 ปี และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ด้านสถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้างและโสด กลุ่มทดลองมีสถานภาพ คู่/อยู่ด้วยกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านสถานภาพสมรสด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอกแซ็ค (Fisher's Exact test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p > .05)

ด้านอาชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขายและรับจ้างตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอาชีพด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอกแซ็ค (Fisher's Exact test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) สำหรับด้านรายได้และด้านการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกคนรายงานว่ามีรายได้เพียงพอและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 46.70 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านโรคประจำตัวสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน (p > .05)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean =186.67, SD. =13.09) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=154.40, SD. = 14.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.65) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจ หลังการทดลอง (Mean=46.60, SD. = 3.66) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.60, SD. = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.97)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสมรรถภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean =42.57, SD. = 4.37) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean =39.57, SD = 5.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.67)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean=39.30, SD. = 4.75) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=37.30, SD = 4.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 8.02)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุนหลังการทดลอง (Mean=40.93, SD = 4.12) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.93, SD. = 3.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.24)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		*df*	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
สภาพของจิตใจ	38.60	5.03	44.60	3.66	29	3.97***
สมรรถภาพของจิตใจ	39.57	5.12	42.57	4.37	29	3.67***
คุณภาพของจิตใจ	37.30	4.36	39.30	4.75	29	8.02***
ปัจจัยสนับสนุน	38.93	3.31	40.93	4.12	29	7.24***
สุขภาพจิตโดยรวม	**154.40**	**14.13**	**167.40**	**13.09**	**29**	**7.65*** **

***p < .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		*df*	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
สภาพของจิตใจ	40.60	5.25	39.60	4.95	29	1.58
สมรรถภาพของจิตใจ	39.50	4.11	39.57	4.26	29	.49
คุณภาพของจิตใจ	38.30	3.90	38.30	4.28	29	2.55
ปัจจัยสนับสนุน	38.03	2.03	36.93	2.41	29	.14
สุขภาพจิตโดยรวม	**156.43**	**12.70**	**154.40**	**13.38**	**29**	**2.03**

**p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		*df*	t
	$\bar{D}_1$	SD.	$\bar{D}_2$	SD.		
สภาพของจิตใจ	6.00	5.33	1.00	2.42	58	2.96***
สมรรถภาพของจิตใจ	3.00	6.03	0.07	1.86	58	3.36***
คุณภาพของจิตใจ	2.00	3.98	0.00	1.94	58	6.10***
ปัจจัยสนับสนุน	2.54	4.18	1.10	1.32	58	6.86***
รวม	**13.54**	**13.80**	**2.17**	**4.87**	**58**	**6.54*** **

***p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Mean = 154.40, SD. = 13.38) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 156.43, SD. = 12.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.03) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจ หลังการทดลอง (Mean = 39.60, SD. = 4.95) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 40.60, SD. = 5.25) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = 1.58)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสมรรถภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean = 39.57, SD. = 4.26) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 39.50, SD. = 4.11) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = .49)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean = 38.30, SD. = 4.28) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.07, SD. = 3.90) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = 2.55)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุนหลังการทดลอง (Mean = 36.93, SD. = 2.41) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.03, SD. = 2.03) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = .14)

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองโดยรวม ($\bar{D}_1$ = 13.54, SD. = 13.80) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = 2.17, SD. = 4.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.54) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลัง

การทดลองในด้านสภาพของจิตใจกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 6.00, SD. = 5.33) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ =1.00, SD. = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 2.96)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านสมรรถภาพของจิตใจกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 3.00, SD. = 6.03) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 0.07, SD. = 1.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.36)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านคุณภาพของจิตใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 2.00, SD = 5.33) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 0.00, SD. = 1.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.10)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านปัจจัยสนับสนุน กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 2.54, SD. = 4.18) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 1.10, SD. = 1.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.86)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายหลังการทดลอง (Mean = 186.67, SD = 13.09) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 167.40, SD = 14.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.65) ตามตารางที่ 2-3 สามารถสรุปได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตทุกด้านล้วนส่งผลดีต่อสุขภาพจิต เนื่องจากการได้รับการสนับสนุน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ลดความวิตกกังวล กระบวนการกลุ่มยังก่อให้เกิดการชี้แนะ การควบคุมให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางปฏิบัติตนที่ดีและเหมาะสม สัมพันธภาพที่เกิดภายในกลุ่มยังช่วยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีเพื่อน รู้สึกว่าทุกคนเป็นเจ้าของชุมชนด้วยกัน จะมีการดูแลช่วยเหลือกัน อันเป็นผลมาจากการมีมิตรภาพที่ดีต่อกัน[13] เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การทำความรู้จักกัน” ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีเพื่อน มีความสุขและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตเป็นความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ[14]

กิจกรรมที่ 2 “การออกกำลังกายด้วยซี่กง” ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้ขยับแขนขา มีสมาธิกับการออกท่าทาง การฝึกลมหายใจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกในทางที่ดี สงบ ผ่อนคลาย เป็นการพัฒนาสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังคำพูดของผู้สูงอายุที่กล่าวว่า “เคยเดินออกกำลังกายกับคนที่บ้าน วันหยุดก็เดินไปเรื่อย ๆ ก็เหนื่อยนะ แต่ได้มาทำท่าซี่กงกับเพื่อน ๆ แล้วก็รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามากยิ่งขึ้น รู้สึกสนุกไปกับกิจกรรมอีกด้วย เพราะไม่เคยทำมาก่อน รู้สึกเป็นหนุ่มกระปรี้กระเปร่าขึ้นเยอะเลย"

กิจกรรมที่ 3 “การร้องรำทำเพลงด้วยท่ารำต่างๆ” ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข สนุกสนานกับเสียงเพลง ท่ารำ เพราะผู้สูงอายุมีความต้องการในการเคลื่อนไหวและความสนุกสนานผ่อนคลายความเครียด ดังคำพูดของผู้สูงอายุว่า “การได้ร้องเพลงรำวงมันทำให้คลายความเครียด และสนุกสนาน ลืมความทุกข์ได้ ไม่ต้องคิดกังวลอะไรมาก” แสดงถึงการขจัดความเครียด ความวิตกกังวลและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 4 “เปิดเผยตัวตน ค้นพบความแตกต่าง” ทำให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนถึงข้อดี ข้อเสียของตนเอง พร้อมทั้งเสียงสะท้อนของคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน โดยผ่านคำบอกเล่าจากคนรอบข้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับตัวเองทั้งด้านบวกและด้านลบ กล้าเปิดเผยตัวเองมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของชลกร ศิรวรรธนะและทิพย์วัลย์ สุรินยา[15] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการยอมรับตนเองจะสามารถยอมรับข้อจำกัด ข้อบกพร่องของตนเอง ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างได้

กิจกรรมที่ 5 “คนสำคัญของครอบครัว” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำและมีประโยชน์ต่อครอบครัวและตนเอง ค้นหาคุณค่าของตนเอง ค้นหาความดีงามของตนเอง ดังสมาชิกพูดว่า “ตนเองเคยเป็นจิตอาสาเก็บกวาดขยะในงานพระราชพิธีของจังหวัด ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ถึงจะแก่แต่ก็ยังมีคุณค่า มี

ประโยชน์ต่อสังคม ภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือสังคม" ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเองมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 6 "เรามีเป้าหมายที่ดีมีความหมาย" กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จว่าเกิดจากปัจจัยอะไรและวางแผนชีวิตอย่างไร พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เกิดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจและมีสุขภาพจิตที่ดี

กิจกรรมที่ 7 "ทักษะการจัดการความเครียดและผ่อนคลาย" ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของเพื่อนสมาชิกด้วยกันเอง ส่งผลให้เกิดทักษะหรือวิธีการจัดการกับปัญหาและความเครียดนั้น ๆ ทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนระลึกถึงความหลัง ความพยายาม ความสำเร็จของตนเองในการก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 8 "อำลาและทบทวน" เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมาพร้อมทั้งประเมินผลด้วยแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุคนหนึ่งได้กล่าวว่า "รู้สึกดี สนุกที่ได้มาร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ ทำให้ได้พบปะพูดคุยกัน ไม่เหงา เพราะตามปกติก็ไม่ค่อยได้เจอกัน ไม่ค่อยได้คุยกัน ประทับใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ภูมิใจว่ายังมีคุณค่า ไม่ได้ไร้คุณค่าอย่างที่ตัวเองคิดเลย และจะนำไปทำต่อที่บ้านแน่นอน"

ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการโปรแกรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกด้านบวกของจิตใจ เช่น รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวา ได้หัวเราะ ได้พูดคุยกับกลุ่ม รู้สึกมีความหวังเพราะมีเป้าหมายในชีวิต ลดความรู้สึกด้านลบลง คลายความรู้สึกเหงาเพราะได้มาทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ รวมถึงรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย คลายความหงุดหงิด รำคาญใจจากสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

2. ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 13.54, SD. = 13.80) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 2.17, SD. = 4.87) ที่ไม่ได้ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.54) ตามตารางที่ 4 ซึ่งหมายถึง ภายหลังการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับการเอาใจใส่และได้รับความรัก[16] และกระบวนการของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการฝึกสมาธิเบื้องต้นพร้อมทั้งได้ออกกำลังกายแบบกลุ่ม ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยสูงอายุได้ สามารถรับรู้และประเมินได้ว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่ส่งผลให้จิตใจของตนเองเป็นทุกข์หรือเป็นสุข และมีการสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียด และได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีการสะท้อนความรู้สึกของตนเอง และรับฟังเสียงสะท้อนจากคนรอบข้าง สามารถยอมรับตนเองว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสียรวมถึงเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคล ค้นพบคุณค่า ความดี ความสามารถของตนเองที่สามารถปฏิบัติต่อครอบครัวและชุมชน มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนเมื่อความต้องการความช่วยเหลือได้ ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม และเกิดความประทับใจที่ได้มาทำกิจกรรมร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน[17] ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุแล้วทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียดและความวิตกกังวล มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตดีขึ้นตามมา

สรุป

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งผลต่อการยกระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เนื่องจากเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ประกอบทุกด้านของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือทำให้มีสภาพจิตใจ มีสมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุนที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากว่ากลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและโดยรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้ในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

2.2 ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

References

1. Photisiri W, Mitranon P, Matthum J, Arunthippaitoon S, Asawanniranorn C. Annual report situation of the Thai elderly 2012. Nonthaburi: SS Plus Media; 2013. (in Thai).
2. Suphawat W, Siriwattanamethanon J, Hanbunhim P. Mental health of the elderly. J of Nurses Association of Thailand Northeastern Division 2009;27(1):27-35. (in Thai).
3. National Statistical Office. Summary of important findings, Thai mental health survey 2008-2010. [Internet]. 2011[Cited 2019 Mar 16]; Available from: http://www.service.nso.go.th/nso.nsopublish
4. Kamble SV, Ghodke YD, Dhumale GB, Goyal RC, Avchat SS. Mental health status of elderly persons in rural area of India. Indian J of Basic & Applied Medical Research 2012;1(4):309-12.
5. Nakwijit B. Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis. [Master Thesis]. [Bangkok]: Srinakarinwirot University; 2008. (in Thai).
6. Choorat, W., Sawangdee, Y., & Arunraksombat, S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. Thai Population J 2012;6(2):87-92. (in Thai)
7. Thammacharoen W. Influence of external factors and internal factors on the happiness of the elderly. [Master Thesis]. [Bangkok]: National Institute of Development Administration; 2012. (in Thai).
8. Somsri C, Mokmoon P. The effect of 5-dimensional happiness on the elderly in Nakhonphanom hospital. Nakhonphanom Hospital J 2017;3(2):3-14. (in Thai).

9. Sutthilet P. A synthesis of research on mental health promotion in older adults [Master Thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2008. (in Thai).
8. Khunaporn PP. (Por. Payutto). The current trend for life and society. Bangkok: Dharma Council; 2008. (in Thai).
9. Benjaphonpitak A, Wanitcharom K, Phanuwatsuk P. The 5-dimensional happiness guide In the elderly. 1st ed. Nonthaburi: Bureau of mental health development of mental health; 2012. (in Thai).
10. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. J of Nursing and Health Care 2017;35(22):188-97.
11 Gray R.J, Grove KS., Burns N. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th Ed. st. Louis; Elswvier Saunders; 2013.
12 Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health Indicator version 2007. J Psychiatric Assoc Thailand. 2009;54(3): 299-316
13 Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J of Health and Social Behavior 2011;52(1):145-61.
14 Hazer O, Boylu AA. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;9(0):2083-89.
15 Chonlakorn S, Thippawan S. Self-acceptance, family relationship, community participation and quality of life of the elderly at Dindaeng housing community in Bangkok metropolitan. J of Soc Sci & Hum 20131;39(2):80-94.
16 Sota J. Concepts theories and application for health behavioral development. Khonkean: Khonkean University Printing House; 2011. (in Thai).
17. Karnchanasubsin T. The 5 Dimensions of Happiness program of Department of Mental Health that affects elders' mental health At Phochai Sub District, Wapi Pathum District, Mahasarakham Province. Buriram Rajabhat University; 2019. (in Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

The Development of a Hypertension Prevention Pattern for Risk Group of Mon Ethnicity in Sangkhlaburi District, Kanchanaburi Province

Received: Apr 16, 2020
Revised: Mar 14, 2020
Accepted: Mar 20, 2020

ณัฐธยาน์ ปิ่นเมือง พย.ม. (Natthaya Pinmueng, M.N.S)[1]
สุทธีพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)[2]
นพวรรณ เปียซื่อ ปร.ด. (Noppawan Piaseu, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ 2) พัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนาแบบแผน ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพัฒนาแบบแผน จำนวน 15 คน ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนาแบบแผน 3) แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .887 และ .864 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบวิลคอกซัน ไซน์ แมทแพร์แรงค์ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ มีแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานขนมจีนและข้าว แกงกระเจี๊ยบ แกงฮังเล และน้ำพริกกะปิ เป็นอาหารหลักโดยไม่จำกัดปริมาณ ใช้เครื่องปรุงรส ไม่มีการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ความเครียดส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว และส่วนมากสิทธิการใช้บริการสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ (ท.99) และชำระเงินเอง ปัจจัยด้านระบบเครือญาติและสังคมมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการรับประทานอาหาร และการเข้าวัดถือศีลทุกวันพระช่วยในการจัดการความเครียด 2) แบบแผน

[1] *นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: teesanut2515@hotmail.com*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteeporn@yahoo.com*

[3] *รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th*

[1,2] *Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand*

[3] *Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ประกอบด้วย (1) การอนุรักษ์แบบแผนการจัดการความเครียดโดยการส่งเสริมศรัทธาทางศาสนา (2) การต่อรองปรับแบบแผนการรับประทานอาหารโดยการให้ข้อมูลและอบรมให้ความรู้เป็นภาษามอญ และ (3) การจัดแบบแผนใหม่ในด้านการออกกำลังกายโดยการอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะและติดตามกำกับ และ 3) หลังการใช้แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญมีความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนใช้แบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แบบแผน, การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยง, เชื้อชาติมอญ

Abstract

This research and development study aimed to investigate, develop, and evaluate the effectiveness of the hypertension prevention pattern and factors related to the hypertension prevention pattern in Mon ethnic risk group, in Sangkhlaburi district, Kanchanaburi province.

Participants were assigned according to the developmental stage of the pattern. Phase 1, this phase aimed to investigate the pattern and factors related to the hypertension prevention pattern. Participants were 15 Mon ethnic group at risk for hypertension. Phase 2, this phase aimed to develop the hypertension prevention pattern with a group of 15 participants in the pattern development team. Phase 3, this phase aimed to investigate the effectiveness of developed hypertension prevention pattern with a group of 30 participants. Purposive sampling technique was used to recruit the participants. Research instruments consisted of: 1) focus group guideline, 2) brainstorming guidelines for pattern development, and 3) a set of self-awareness and prevention behavior questionnaires. Content validity index was 0.80-1.00, and the Cronbach alpha coefficients of self-awareness, and prevention behavior questionnaire were .887, and .864, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and Wilcoxon matched pairs signed-ranks test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results were the following. Mon ethnic group at risk for hypertension reported hypertension prevention pattern including having rice, rice noodles, Okra curry, Hunglae curry, and shrimp paste as the main course of their meal. Moreover, they did not limit their consumption or using seasoning. Adults and elderly did not exercise. Their stressful causes related to their family issues. A vast majority of them possesses healthcare rights, but they have status and rights problems so that they need to self-pay. Kinship and social factors associated with food consumption patterns as well as going to the temple every Buddhist Holy Day helped them to cope with their stress. Furthermore, the pattern of hypertension prevention for the Mon high-risk group consists of the followings. First, stress coping pattern can be managed by enhancing the religion faith. Second, negotiation to change for the appropriate food consumption pattern was done by providing information and training in Mon language. Finally, exercise pattern was redesigned and managed by providing health education, skill training, and monitoring. After implementing the developed hypertension prevention pattern, self-awareness, and hypertension prevention behavior among Mon high-risk group were significantly better than prior to using the developed pattern ($p<.05$).

Keywords: pattern, hypertension prevention, risk group, Mon ethnicity

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ ข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ใน พ.ศ. 2568[1] โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561[2] และพบอัตราการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 เป็น 24.70[1] ใน พ.ศ. 2557 พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงป่วยกลายเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 9.47 และมีแนวโน้มสูงมากกว่ากลุ่มปกติถึง 2 เท่า[1] ซึ่งจากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2562)[2] พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-2561) เพิ่มขึ้นจาก 12,434.70 เป็น 12,610.12 ต่อแสนประชากร และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,189.84 เป็น 1,371.67 ต่อแสนประชากร เช่นกัน เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพใน พ.ศ. 2561 พบว่าเขตบริการสุขภาพที่พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 9 เขตบริการสุขภาพที่ 5 และเขตบริการสุขภาพที่ 4 โดยมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เป็น 2,092.75, 1,595.64 และ 1,586.04 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบแนวโน้มความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขอันดับต้น ๆ ข้อมูลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปใน พ.ศ. 2560 พบกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) ร้อยละ 13.16 และบุคคลกลุ่มเสี่ยงนี้ได้กลายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ใน พ.ศ. 2561 สูงถึงร้อยละ 4.54 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบร้อยละ 3.96 โดยอำเภอสังขละบุรี เป็นอำเภอที่ติดชายแดนประเทศพม่า และประกอบด้วยชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ โดยประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ มอญ กะเหรี่ยง และพม่า ซึ่งส่วนมากเป็นคนมอญที่มีจำนวนมากถึงร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นกะเหรี่ยง ร้อยละ 35.00 และพม่า ร้อยละ 15.00 จากสำรวจในคนมอญที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในระยะเวลา 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2561) พบว่าประชาชนกลุ่มนี้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 17.10, 14.21 และ 17.61 ตามลำดับ และพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.90, 27.06 และ 29.78 ตามลำดับ มีความชุกโรคความดันโลหิตสูงเป็น 10,592.59, 17,755.21 และ 38,007.78 ต่อแสนประชากร และอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 1,962.96 ต่อแสนประชากร เป็น 3,166.22 ต่อแสนประชากร และพบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 2,719.58 ต่อแสนประชากร เป็น 5,245.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 971.55 ต่อแสนประชากร เป็น 1,049.18 ต่อแสนประชากร[3] จึงจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มคนเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้โรงพยาบาลสังขละบุรีต้องรับภาระจากโรคความดันโลหิตสูงของคนกลุ่มนี้ โดยที่บางคนเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล จึงไม่ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้อง และจะมาใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงมากแล้ว ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงขึ้น ดังรายงานของงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลสังขละบุรี (2561)[4] ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะรายใหม่ ในพ.ศ. 2559-2561 เป็น จำนวนเงินเฉลี่ย 3,067,325, 8,408,897 และ 9,493,307 บาทต่อปีตามลำดับ โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยเฉลี่ย 591,435, 809,192 และ 1,004, 439 บาทต่อปีตามลำดับ[4]

อำเภอสังขละบุรี มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทางสังคมและเศรษฐกิจ มีการพัฒนาด้านการท่องเที่ยวมากขึ้น[5] ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร อาชีพ และวิถีชีวิตของคน เมื่อวิเคราะห์จากฐานข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เป็นปัญหาในกลุ่มชาวมอญ สาเหตุของปัญหาพบว่า ชาวมอญขาดความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ขาดความเชื่อมโยงในด้านวัฒนธรรมอาหาร มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย มีการใช้เครื่องปรุงรสในการปรุงอาหารปริมาณมากและ

การมีดัชนีมวลกายเกินสูงถึงร้อยละ 90.91 โรคความดันโลหิตสูงจึงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การป้องกันก่อนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ซึ่งนโยบายและกลวิธีในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการค้นหาประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป การจัดตั้งคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic : DPAC) ในสถานพยาบาล เพื่อดำเนินการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มวัยทำงาน ทั้งคนไทยและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ[1] นั้นอาจยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรค

ชาวมอญเป็นกลุ่มที่แสดงวัฒนธรรมท้องถิ่นโดดเด่น อาหารชาวมอญในอำเภอสังขละบุรีมีความเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกับพื้นที่อื่น ๆ คือ ขนมจีนน้ำยาหยวกกล้วย นอกจากนี้อาหารบางประเภทของกลุ่มชาวมอญยังมีความเชื่อมโยงกับความเชื่อที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ได้แก่ สงกรานต์ต้องทำข้าวแช่ เนื่องจากเป็นอาหารในงานพิธีมงคลและเหมาะสมสำหรับหน้าร้อน ส่วนอาหารหวานหรือขนมและของว่างของกลุ่มชาวมอญ จะไม่เน้นของที่มีรสหวานจัด ส่วนมากจะเป็นขนมที่ปรุงมาจากธัญพืช รสชาติที่เป็นพื้นฐานได้แก่ รสจืด เปรี้ยวและเค็ม ไม่นิยมรสหวาน[5,6] มีความเชื่อเรื่องผีว่าเป็นสื่อกลางในการสอนเรื่องมารยาทการรับประทานอาหาร การใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกัน และธรรมเนียมปฏิบัติต่าง ๆ โดยผู้ที่มีหน้าที่สอนหลัก คือ หมอผี[7] สาเหตุที่แรงงานข้ามชาติเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่เข้าใจในภาษา ปัญหาการสื่อสาร ทัศนคติด้านลบของผู้ให้บริการและชุมชนที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ และความแตกต่างทางวัฒนธรรมของคนไทยกับชาวมอญ เป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งทำให้กลุ่มชาวมอญไม่สามารถรับรู้ถึงข่าวสาร[8]กว่าจะได้รับการรักษา โรคมีความรุนแรง[9] แต่มีการทดลองให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุชาวมอญมีความรู้และทัศนคติการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีเช่นกัน[10]

อย่างไรก็ตาม แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเชื้อชาติมอญยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล ของ Leininger[11] มาใช้เป็นแนวทางเพื่อให้การดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชนชาติมอญ และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล ของ Leininger[11] ที่เชื่อว่ามนุษย์ที่มีวัฒนธรรมต่างกันจะมีแบบแผนการตัดสินใจและการกระทำที่แตกต่างตามบริบทของตน โดยมีวัฒนธรรมกำหนดแบบแผนชีวิตและสุขภาวะของบุคคล โดยมีรูปแบบการตัดสินใจที่จะปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม 3 รูปแบบคือ 1) การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงการดูแลทางวัฒนธรรม 2) การปรองดองและ/หรือการต่อรองการดูแลทางวัฒนธรรม และ 3) การจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ของการดูแลเชิงวัฒนธรรม แนวคิดถูกนำมาใช้ในการศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ และพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายในชุมชนมอญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

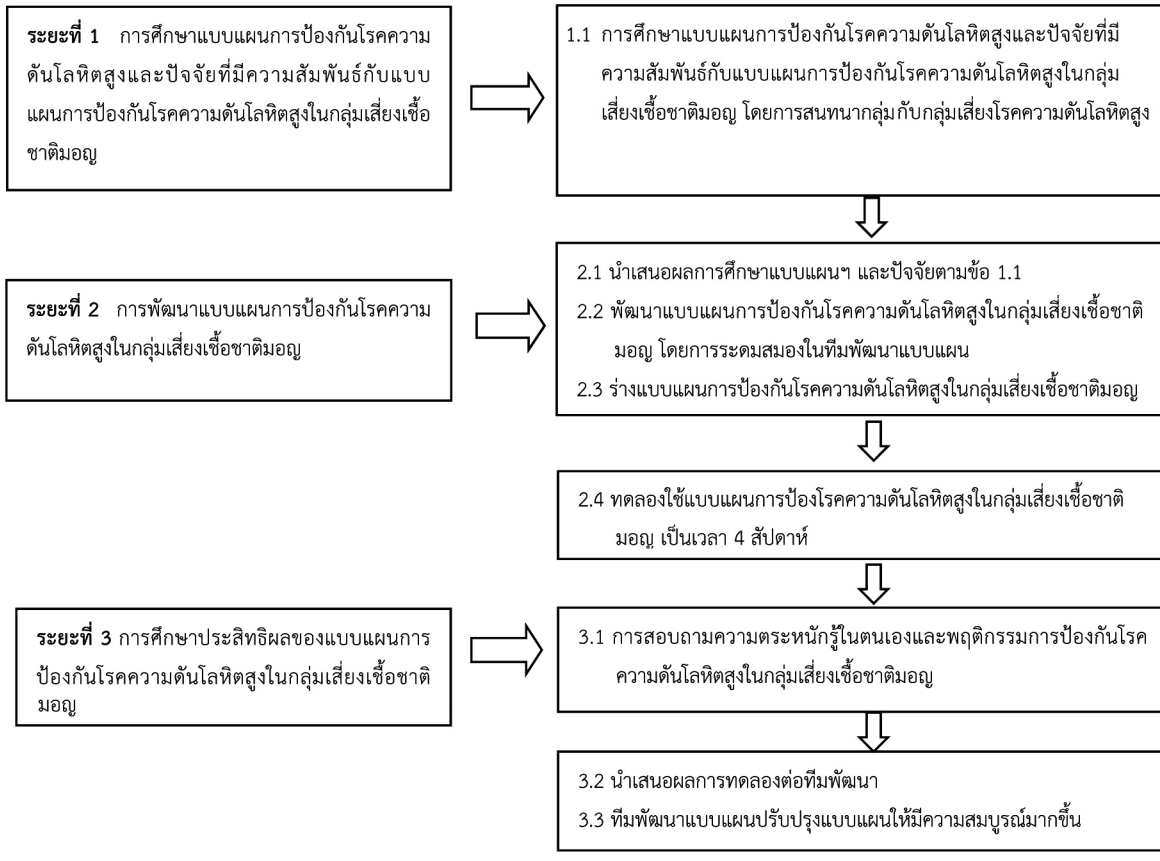
วิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยแสดงดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 656 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญในตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 15 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ประชากรเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำ Primary Care Cluster (PCC) 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นคนพื้นที่ 1 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคติดต่อไม่เรื้อรัง 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน และผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เลขานุการนายกเทศบาลตำบล 1 คน และสมาชิกกิ่งกาชาด 1 คน รวม 15 คน คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญที่อาศัยอยู่ ตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 656 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ



ภาพที่ 1 วิธีดำเนินการวิจัย

ในตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคคลที่มีเชื้อชาติมอญอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลหนองลู อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 2) ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าเท่ากับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท 3) สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 15 คน และพูด ฟังภาษาไทยไม่ได้ ต้องใช้ล่ามแปล จำนวน 15 คน 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ 5) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

*เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย*ครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แนวคำถามการระดมสมองเพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ และ 4) เทปบันทึกเสียง

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ประกอบด้วย 1) แบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้บริการสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญที่พัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยเนื้อหาเพื่อใช้ในกิจกรรมการออกกำลังกาย การสาธิตการออกกำลังกาย การออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงและกระตุ้นการออกกำลังกายที่บ้าน ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร 5 หมู่ การใช้เครื่องปรุงอาหาร จัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดโดยการฟังพระเทศน์ทุกวันพระ และการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและที่ประชุมประจำเดือนหมู่บ้านด้วยภาษามอญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80-1.00 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าความเที่ยงแบบสอบถามความตระหนักรู้ในตนเองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เอกสารรับรองเลขที่ 014/2562) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังขละบุรี ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสังขละบุรี เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการนัดหมายในการสนทนากลุ่ม การพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ในวันนัดหมายผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มและถอดเทป

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการระดมสมอง และลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในวันนัดหมาย ผู้วิจัยได้นำการระดมสมองกับทีมพัฒนาแบบแผน จำนวน 2 ครั้ง นำเสนอร่างแบบแผนการป้องกันกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชนที่พัฒนาขึ้นต่อทีมพัฒนาแบบแผนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำเป็นแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการนัดหมายในการสนทนากลุ่ม การพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถาม (pre-test) โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 15 คน และผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้เอง 15 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon match paired signed-ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

1. แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ พบว่า 1) การปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัว 2) รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ อาหารมื้อเช้าที่รับประทาน ได้แก่ กาแฟทรีอินวัน ดังคำกล่าวที่ว่า *"...ตอนเช้าจะดื่มกาแฟ สายๆ ถึงกินข้าวหรือขนมจีน..."* (กลุ่มเสี่ยง 69 ปี) *"...เชียะฮะนอมเซิงคาแฟ.."*. (กลุ่มเสี่ยง 39 ปี) 3) อาหารที่ชอบรับประทานมากที่สุด ได้แก่ แกงกระเจี๊ยบ ดังคำกล่าวที่ว่า *"...เตจ๊อดเชียะควะหะจิ๊บ(ชอบกินแกงกระเจี๊ยบ)..."* (กลุ่มเสี่ยง 48 ปี) 4) อาหารที่ไม่ชอบรับประทานมากที่สุด ได้แก่ เนื้อวัว กลุ่มเสี่ยงกล่าวคือ *"...โหะเตจ๊อดเชียะควะแกร่..."* (กลุ่มเสี่ยง 66 ปี) 5) ไม่มีแบบแผนการรับประทานอาหารเฉพาะเจาะจง ดังคำพูดที่ว่า *"...ไม่มีเจาะจงแต่ว่าอาหารมอญแต่ละครัวเรือนหลัก ๆ ต้องมีทุกมื้อคือผักจิ้มกับน้ำพริก..."* (กลุ่มเสี่ยง 44 ปี) *"...กินตามพ่อแม่..."* (กลุ่มเสี่ยง 35 ปี) *"...กินอาหารและผักตามฤดูกาลและหาง่าย ๆ ในหมู่บ้าน..."* (กลุ่มเสี่ยง 55 ปี) 6) ไม่ทราบว่าอาหารที่มีประโยชน์และโทษต่อสุขภาพ ได้แก่ อะไรบ้าง ดังคำที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...ไม่รู้ กินตาม ๆ กันมา ผู้หลักผู้ใหญ่ในบ้านบอกต่อ ๆ มาว่าอาหารประเภทไหนรับประทานได้หรือไม่ได้ เมื่อมีไข้ เมื่อมีอาการท้องเสีย ผักชนิดใดรับประทานแล้วมีประโยชน์ก็จะบอกต่อ ๆ กัน แต่เรื่องเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงไม่มีคนใดทราบ..."* (กลุ่มเสี่ยง 40 ปี) *"...หุแต้ม..."* (กลุ่มเสี่ยง 50 ปี) 7) ไม่เคยรับทราบเกี่ยวกับประเภทของอาหารทั้ง 5 หมู่ ดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า "...กินข้าวเยอะยิ่งถ้าวันไหนอร่อยจะกิน 2 จาน.." (กลุ่มเสี่ยง 39 ปี) *"..ทำงานเหนื่อยเน้นข้าวเยอะ ๆ .."* (กลุ่มเสี่ยง 40 ปี) *"...หุแต้ม..."* (กลุ่มเสี่ยง 48 ปี) *"...กินเนื้อสัตว์ไม่เยอะค่ะ กินน้อย..."* (กลุ่มเสี่ยง 55 ปี) *"...กินผักเยอะ กินทั้งสุกและดิบ ส่วนใหญ่เป็นผักที่หาได้ในหมู่บ้าน..."* (กลุ่มเสี่ยง 51 ปี) 8) นิยมใช้เครื่องปรุงอาหารโดยเฉพาะผงชูรส กะปิ เกลือ เป็นจำนวนมากดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...ฮกจู๊ดชูโมะ เซี๊ยะฮูค่อก (ถ้าไม่ใส่ผงชูรส กินไม่อร่อย)..."* (กลุ่มเสี่ยง 39 ปี) แบบแผนด้านการออกกำลังกาย ทุกคนไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของการออกกำลังกาย แต่ความเข้าใจนั้นเป็นความหมายที่ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบว่ากิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายนั้นต่างกัน ดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...ออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกายและต้องทำนอกบ้าน..."* (กลุ่มเสี่ยง 51 ปี) ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุของครอบครัวและอาชีพ โดยสามารถทำให้ความวิตกกังวลหรือความเครียดนั้นลดลงได้โดยฟังธรรมะฟังพระเทศน์ ดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...ส่วนใหญ่คนมอญไม่ค่อยแสดงออกเมื่อเกิดความเครียด แต่ถ้ามีโอกาสจะเข้าวัดสวดมนต์ฟังธรรม..."* (กลุ่มเสี่ยง 40 ปี) สุดท้ายด้านการใช้บริการทางสุขภาพพบว่า มักจะไปเมื่ออาการทรุดหรือมากขึ้น ดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"..ถ้าทำผิดผีบ้านผีเรือนหรือผีประจำตระกูล จะทำให้คนในครอบครัวนั้น ๆ เจ็บป่วย ต้องให้ร่างทรงมาเข้าทรงดูว่าต้องแก้ไขอย่างไร..."* (กลุ่มเสี่ยง 69 ปี) *"...หมอฝรั่งที่โรงพยาบาลช่องลุรักษาเก่งกว่าหมอที่โรงพยาบาลสังขละฯ..."* (กลุ่มเสี่ยง 69 ปี)

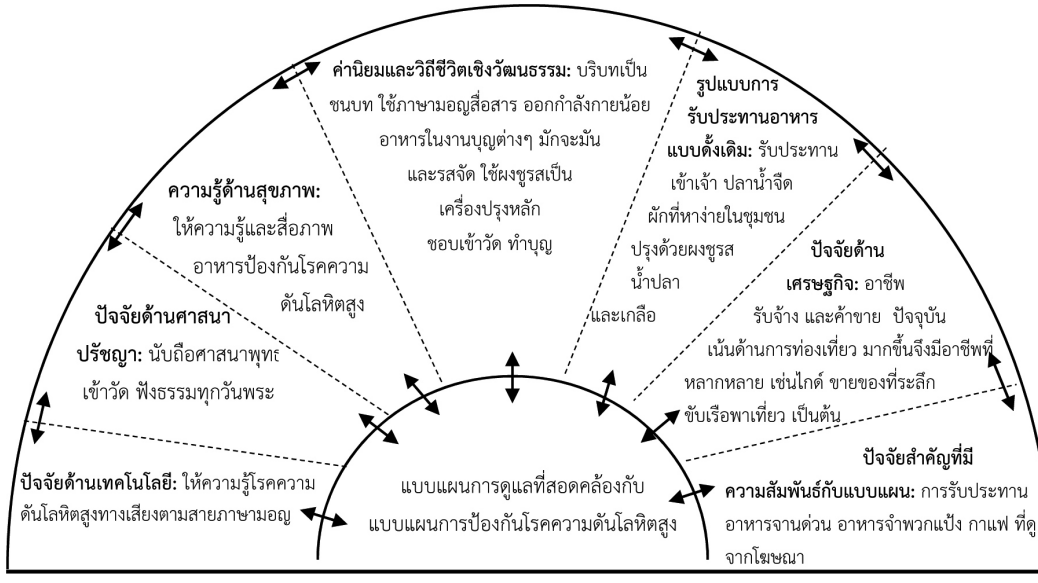
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ 1) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี มี โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากการดูโทรทัศน์ เสียงตามสาย 2) ปัจจัยด้านศาสนา

และปรัชญา ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อเรื่องการนับถือผีประจำตระกูล หากมีการทำผิดต่อผี จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่อคนในครอบครัว สามารถแก้ไขได้โดยการเข้าทรง ทุกคนนับถือพระราชอุดมมงคล หรือที่รู้จักกันในนามหลวงพ่ออุตตมะ 3) ปัจจัยด้านระบบเครือญาติและสังคม บิดามารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทหรือมีอิทธิพลต่อวิถีปฏิบัติในการรับประทานอาหาร คำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...ส่วนใหญ่กินตามพ่อแม่ ทำตามกันมาเรื่อย ๆ..."* (กลุ่มเสี่ยง, 35 ปี) หลวงพ่ออุตตมะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวิถีปฏิบัติด้านการจัดการความเครียด ส่วนด้านออกกำลังกาย ยังไม่พบ 4) ปัจจัยด้านค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม การรับประทานอาหารในงานบุญ งานศพ งานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน ดังคำพูดที่กลุ่มเสี่ยงกล่าวว่า *"...มักทำแกงฮังเลเลี้ยงแขกที่มาร่วมงานเสมอ เนื่องจากถือว่าเป็นอาหารจานพิเศษของกลุ่มชาวมอญ..."* (กลุ่มเสี่ยง, 40 ปี) 5) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ที่ใช้บังคับเพื่อควบคุมความประพฤติของคนในชุมชนเกิดขึ้นมาจากหลวงพ่ออุตตมะ ที่ต้องการให้ชุมชนอยู่อย่างสงบ ปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ จะเป็นเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุราในวัด ในโรงเรียน 6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ไม่ทราบว่า วิถีการผลิต การกระจายสินค้า และการจัดสรรทรัพยากรในชุมชนนั้นส่งผลต่อการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ 7) ปัจจัยด้านการศึกษา กระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ความสามารถ เจตคติ และความประพฤติเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาความรู้ความสามารถ เจตคติ และความประพฤติในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ที่ถูกต้องและเหมาะสมของชุมชนยังมีน้อย *"...ยังไม่มีการให้ความรู้แต่มีอสม.มาวัดความดันให้ในแต่ละคุ้ม..."* (กลุ่มเสี่ยง, 49 ปี) 8) ปัจจัยด้านภาษา และความเป็นมาของชาติพันธุ์ ชาวมอญใช้ภาษามอญเป็นภาษาที่ใช้สื่อสารกันในชุมชน เมื่อมีการอพยพมาอยู่ในประเทศไทย จึงทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และการดูแลสุขภาพ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวยังมีน้อยไม่มีความต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การอนุรักษ์/การดำรงรักษาไว้ ได้แก่ สร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในแบบแผนการจัดการความเครียด มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงเวลาเย็น หลังจากเลิกทำงาน (2) การปรองดอง/การต่อรอง ได้แก่ การประชุมชี้แจง การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน อสม.เดินประชาสัมพันธ์ จัดทำป้ายและติดประชาสัมพันธ์รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลดรสเค็ม หวาน และมัน ให้ความรู้แก่ชุมชนทางหอกระจายข่าว (3) จัดรูปแบบ/โครงสร้างใหม่ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เรื่องการออกกำลังกาย การประชาสัมพันธ์เรื่องแบบแผนการใช้บริการสุขภาพ และมีกิจกรรมการออกกำลังกายก่อนการประชุมหมู่บ้าน

จากการศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลของ Leininger[11] ได้สรุปแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ดังภาพที่ 2

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองใช้แบบแผน พบว่า หลังทดลองใช้แบบแผน ตัวแปรทั้งสองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1



อนุรักษ์/การดำรงรักษาไว้	ปรองดอง/การต่อรอง	จัดรูปแบบ/โครงสร้างใหม่
แบบแผนการจัดการความเครียด ■ การส่งเสริมศรัทธาทางศาสนาและสนับสนุนแบบแผนการจัดการความเครียด โดย - เสริมพลังโดยการให้คำชื่นชมในคุ้มหรือบ้านที่เลือกใช้ แบบแผนการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยแสดงความชื่นชมจากผู้ใหญ่บ้านในที่ประชุมหมู่บ้านทุกเดือน - ประสานงานกับคณะกรรมการวัดวังวิเวการามเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดฟังพระเทศน์ทุกวันพระและขอใช้สถานที่ ■ สร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในแบบแผนการจัดการความเครียด โดยจัดให้มีกิจกรรมฟังพระเทศน์และการทำสมาธิ ทุกวันพระ โดยใช้ระยะเวลาสั้น ๆ	**แบบแผนการรับประทานอาหาร** โดยใช้ภาษามอญ ในเรื่อง ■ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ■ การดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ■ การปรับเปลี่ยนทัศนคติการรับประทานอาหาร	**แบบแผนการออกกำลังกาย** ■ ให้การช่วยเหลือในการปรับโครงสร้างวิถีชีวิต ■ ให้การสนับสนุนยางยืดออกกำลังกายโดยการอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ และติดตามกำกับ

ภาพที่ 2 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ก่อนและหลังทดลองใช้แบบแผน (n = 30)

ตัวแปร	Mean	SD.	ระดับ	t	p-value
ความตระหนักรู้ในตนเอง					
ก่อนทดลองใช้แบบแผน	2.66	0.21	ปานกลาง	-8.99	<.001
หลังทดลองใช้แบบแผน	3.14	0.27	ปานกลาง		
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนทดลองใช้แบบแผน	2.96	0.30	ปานกลาง	-5.98	<.001
หลังทดลองใช้แบบแผน	3.35	0.38	ปานกลาง		

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ มีรายละเอียดอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

1.1 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.1.1 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควรอนุรักษ์ไว้ คือ 1) การรับประทานข้าวและขนมจีนเป็นหลัก รับประทานพืชผักผลไม้ตามฤดูกาลที่มีในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาทางอาหารของกลุ่มวัฒนธรรมตามชายขอบและกลุ่มชาติพันธุ์มอญ พบว่า อาหารชาวมอญ คือ รสจืด เปรี้ยวและเค็ม ไม่นิยมกินหวาน รับประทานขนมจีนน้ำยาหยวกกล้วยเป็นหลัก[5,6] 2) การจัดการความเครียด ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เลื่อมใสต่อหลวงพ่ออุตตมะ มีการถือศีลในทุกวันพระ ทำบุญตักบาตรสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chimmode[7] ที่พบว่าหมู่บ้านวังกะนี้ไม่ปรากฏพิธีกรรมและการละเล่นเกี่ยวกับผี ที่ถือเป็นอีกบทบาทหนึ่ง คือให้เกิดความเพลิดเพลิน และทำหน้าที่เป็นทางออกให้กับบุคคลเมื่อเกิดความคับข้องใจ เพราะชาวมอญที่หมู่บ้านวังกะมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมีทางออกให้กับความคับข้องใจของพวกตนแล้วอย่างดียิ่งนั่นคือ หลวงพ่ออุตตมะ ผู้ที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของชาวมอญอำเภอสังขละบุรี

1.1.2 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควรต่อรอง คือ 1) การรับประทานข้าวจนอิ่มไม่จำกัดปริมาณ[12] เพราะทำให้อิ่มนาน 2) การใช้เครื่องปรุงรส ได้แก่ ผงชูรส เกลือ และกะปิ ไม่สามารถเลิกรับประทานได้เพราะติดใจในรสชาติของอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาวิถีชีวิต ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกลุ่มชาติพันธุ์มอญภายใต้บริบทของพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร[6] พบว่า อาหารที่ชาวมอญนิยมรับประทานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ แกงจืด (นิยมใส่ขมิ้น ผัก และเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ หมูและมีการเติมเกลือเพื่อเพิ่มรสชาติ) 3) การใช้บริการสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง หากต้องใช้บริการสุขภาพของรัฐจะไปใช้บริการโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งพบปัญหาด้านการสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการเข้ามาอยู่ในประเทศไทยสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ และมีความรู้สึกการไม่ทัดเทียมกันในการรักษา และยังพบว่าสื่อด้านสุขภาพที่ผลิตออกมาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเสี่ยง[13] และการศึกษาพบว่าสื่อที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นภาษาพม่า[8,14] หากแต่แรงงานผู้ใช้สื่อส่วนใหญ่กลับเป็นแรงงานข้ามชาติกลุ่มชาติพันธุ์มอญ ที่มีความต้องการใช้ “ภาษามอญ” ของตนเองมากกว่า ทำให้สื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่ ไม่สามารถ “เข้าถึง” แรงงานกลุ่มนี้ได้เลย และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความยากจนและการไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น หรือการประเมินโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ส่งผลให้ขาดการได้รับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาสื่อการสอนที่เป็นภาษาถิ่น

เป็นรูปภาพที่มีสีสัน มองเห็นชัดเจน[15]

1.1.3 แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควรจัดรูปแบบใหม่ ในเรื่องการออกกำลังกาย เพราะส่วนใหญ่คิดว่าการทำกิจกรรมทางกายจนเหงื่อออก ถือเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน และด้วยระยะเวลาของการประกอบอาชีพที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกายจึงทำให้คนมอญไม่นิยมออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาวิถีชีวิต ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ พบว่า แรงงานข้ามชาติ ต้องการทำงานเพื่อให้ได้เงิน เพราะงานและเงินคือเป้าหมายหลัก จึงไม่ได้มีการออกกำลังกายหรือมีการออกกำลังกายน้อยลง[6,16,17]

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ พบว่า เทคโนโลยีที่ใช้ในการสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ วิทยุ เคเบิ้ลทีวี และเสียงตามสาย มีความเชื่อเรื่องผี มีหมอผี ผู้ที่เป็นแบบอย่างทางความคิดความเชื่อ เป็นที่เคารพและที่พึ่งพาของทุกคนในหมู่บ้าน นับถือศาสนาพุทธ คนรุ่นปู่ย่า ตายาย พ่อและแม่ของแต่ละครอบครัวนับว่าเป็นผู้มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปก็ส่งผลให้วิถีชีวิตเดิมๆของชาวบ้านที่นี่เปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน ชาวมอญจะใช้ภาษาของตนเองสื่อสารกันในชุมชน

2. แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

2.1 การอนุรักษ์/การดำรงรักษาไว้ มีกิจกรรมดังนี้ 1) การจัดให้มีกิจกรรมฟังพระเทศน์และการทำสมาธิทุกวันพระ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหมู่บ้านวังกะนี้ไม่ปรากฏพิธีกรรมและการละเล่นเกี่ยวกับผี[7] ที่ถือเป็นอีกบทบาทหนึ่ง ในการทำหน้าที่เป็นทางออกให้กับบุคคลเมื่อเกิดความคับข้องใจ เพราะชาวมอญที่หมู่บ้านวังกะมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมีทางออกให้กับความคับข้องใจของพวกตนแล้วอย่างดียิ่งนั่นคือ หลวงพ่ออุตตมะ ผู้ที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของชาวมอญอำเภอสังขละบุรี

2.2 การปรองดอง/การต่อรอง มีกิจกรรม ดังนี้ 1) การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ และการใช้เครื่องปรุงอาหาร ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายภาษามอญ ติดป้ายอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า ผู้สูงอายุชาวมอญมีความรู้และทัศนคติการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากหลังจากได้รับโปรแกรม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีหลังจากได้รับโปรแกรม[10] 2) จัดทำภาพเครื่องปรุงอาหารในสัดส่วนปริมาณที่เหมาะสมและมีความเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและติดไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelch, Wehbe-Alamah และ McFarland[15] ที่พบว่า ความยากจนและการไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น หรือการประเมินโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ส่งผลให้ขาดการได้รับบริการสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาสื่อการสอนที่เป็นภาษาถิ่น เป็นรูปภาพที่มีสีสัน มองเห็นชัดเจน

2.3 จัดรูปแบบ/โครงสร้างใหม่ มีกิจกรรม 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการออกกำลังกายและจัดให้มีการออกกำลังกายในชุมชนที่เหมาะสมกับวัย โดยใช้ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที ติดต่อกันนาน 5 วันต่อสัปดาห์ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่รับผิดชอบกลุ่มเสี่ยง ตามเยี่ยมบ้านและทบทวนท่าการออกกำลังกายด้วยยางยืด การแกว่งแขน และการเดินเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายด้วยยางยืด[18] และการเดินเร็ว[19] โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น 3) ประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสังขละบุรีและเบอร์โทรศัพท์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 4) ให้คำแนะนำในการซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว ตามบัตรหรือหลักฐานที่กรมการปกครองออกให้ และ 5) แจ้งให้ทราบช่องทางในการขอรับบริการคำปรึกษา โดยชี้แจงผ่านสื่อเสียงตามสาย และสถานีวิทยุ

3. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

3.1 หลังการใช้แบบแผนฯ ความตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองใช้แบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นนั้นยังอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนทดลองใช้แบบแผน เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่อยู่

ในระดับมาก คือ การเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการไม่เข้าใจภาษาและความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้มีการเข้าถึงบริการช้า อาการของโรครุนแรง เมื่อได้รับความรู้มีการพัฒนาสื่อด้านสุขภาพเป็นภาษาถิ่น รูปภาพมีสีสัน ทำให้การเข้าถึงบริการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8,9,14,15]

3.2 หลังการใช้แบบแผนฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองใช้แบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นนั้นยังอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการใช้แบบแผนฯ เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีระดับการปฏิบัติเกือบทุกครั้ง คือ การจัดการความเครียด และการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพได้ถูกต้อง ส่วนข้อที่มีค่าเป็นลบ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คือ การดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำชา กาแฟ การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง และการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา[20-22] ที่พบว่า หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงจะมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดดีขึ้น และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้แบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเชื้อชาติมอญในพื้นที่ศึกษา ส่วนเชื้อชาติอื่นหรือพื้นที่อื่นควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ ควรมีการนำแบบแผนไปพัฒนาเป็นโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์ระยะยาวต่อระดับความดันโลหิตและการลดปัจจัยเสี่ยงอื่น และการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของวิธีการออกกำลังกายแต่ละวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ

3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญ โดยการแยกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้กับกลุ่มที่สามารถอ่านออกเขียนได้

References

1. Report Division of Non-communicable Disease Department of Disease Control. [Internet]. 2019 [cited 2019 May 7]. Available from http://www.thaincd.com/2016/mission3. (in Thai).
2. Health Data Center Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2019 May 7]. Available from https://hdc.moph.go.th (in Thai).
3. Report non-communicable diseases. SangKhlaburi Hospital, Kanchanaburi Province. Summary of chronic non-communicable diseases report, 2019. (in Thai).
4. Monthly Report by Health Insurance Department in Sangkhlaburi Hospital, 2018. (in Thai).
5. Tuntates U, Jamnongchob A. Traditional tourism to inherit culture and local wisdom of food of marginal culture group in Kanchanaburi Province. Journal of Culture. 2017;17-26. (in Thai).
6. Nakagasien P, Pungbankadee R. The study of the way of life, health problems and needs of Mon migrant workers under Mon's socio-cultural context of Samutsakorn Province, Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013;14(3):105-15. (in Thai).

7. Chimmode S. The beliefs of ghosts and spirits of Mon minority group in Wang Ka Village, Nongloo, Sangklaburi Kanchanaburi. Journal of Human Society Review Faculty of Humanities and Social Sciences 2017;19(1):73-83. (in Thai).
8. Tuntates U, Kwaipan W. The study of Mon culture and natural resource conservation of Mon village for sustainable community-based tourism in Sangkhlaburi, Kanjanaburi Province. Journal of Culture 2016;34(18):40-51. (in Thai).
9. Kongchantuek S. Rights to receive public health services for non-Thai nations. In a seminar on life, health, labor their own land; policy gap and conduct at The Art and Culture Hall Chiang Mai University; 2008. (in Thai).
10. Yuenyong N, Phromla W. The program health promotion of elderly's Mon people in Patumtani Province. Academic journal Suwanphum Institute of Technology 2018;391-401. (in Thai).
11. Moolsart S. Theoretical concepts in nursing care for clients with chronic diseases in community. In: Nuysri M, editor. Nursing care for clients with chronic disease in community. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Publisher; 2019, p.1-52. (in Thai).
12. Moolsart S, Potjanamart C, Thaworn N. Management of patient care for chronic non-communicable diseases in multicultural communities along the northern border of Thailand. Journal of Public Health Nursing 2017;31(3):145-62. (in Thai).
13. Kamwan A, Kessomboon P. Health service accessibility for migrant workers in Chiangkhan District, Loei Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2017; 4(3):359-74. (in Thai).
14. Junyasiri T, Aungwattana S. The review of migrant workers situation to develop research mapping. Journal of Public Health and Development 2008;6(2):119-27. (in Thai).
15. Kelch RH, Wehbe-Alamah H, McFarland M. Implementation of hypertension and diabetes chronic disease management in an adult group in Les Bours, Haiti. Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare 2015;50-63.
16. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. Songklanagarind. Journal of Nursing 2017;31(1):63-74. (in Thai).
17. Krutsutthipipat C, Wivatvanit S. Transcultural nursing outcome indicators. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2017;29(3):19-29. (in Thai).
18. Bunmat K, Phatisena T. Effects of an exercise program with rubber chain by applying self efficacy theory for blood pressure control among hypertension risky group [Unpublished dissertation]. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University.2015;760-70. (in Thai).
19. Yotda P, Iemsawasdikul W, Nuysri M. Effects of a behavior developing program for prevention of stroke among patients with hypertension at Borabue District, Mahasarakham Province. Thai Journal of Nursing 2019;68(4):40-8. (in Thai).

20. Valaisathien J, Phatisena T. Effects of health behavioral modification program among personnel with hypertension risky group in the office of disease prevention and control region 5 Nakhon Ratchasima. In the academic report and presentation of the 34th national graduate research 2015;750-59. (in Thai).
21. Jangwang S, Pittayapinune T, Chutipattana N. Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(1):110-28. (in Thai).
22. Buasom P, Promsiripaiboon Y, Sonkasetrin A. Effects of self-efficacy program on health behavior modification elderly of high blood pressure risk group in Rommanee sub-District, Kapong District, Phangnga Province. Journal of Community Health Development 2017;5(4):549-67. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

The Effect of Motivation Formation Program with Mobile Technology for Health to Prevent Cardiovascular Disease in High Risk Group

Received: Nov 23, 2019
Revised: Dec 9, 2019
Accepted: Jan 13, 2020

ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์ พย.ม. (Natchayaporn Tangdomrongsin, M.N.S.)[1]
อาภาพร เผ่าวัฒนา ปร.ด. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)[2]
นฤมล เอื้อมณีกูล ปร.ด. (Naruemon Auemaneekul, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง วัยสูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีผลการประเมิน Thai CV Risk score ตั้งแต่ร้อยละ 20.00 ขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาภายใต้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพ โปรแกรมนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ มีกิจกรรมหลักสำคัญ คือ การให้ความรู้รายกลุ่ม การฝึกทักษะรายบุคคล การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ ร่วมกับการให้ข้อมูล infographic และวิดีโอผ่านโปรแกรมไลน์ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมการวิจัยใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Independent t-test, One way repeated measure ANOVA และ Bonferroni

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Mean = 15.60, SD. = 2.08), (Mean = 13.70, SD. = 1.37), (Mean = 14.07, SD. = 1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ($t = 3.02$ $p = .004$), ($t = 2.88$, $p = .006$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่อาศัยเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพร่วมกับการให้ info graphic สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้ และสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ในอนาคตได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพ, แรงจูงใจในการป้องกันโรค, โปรแกรมไลน์, พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

[1]นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Bomber.boom@gmail.com

[2,3]รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: 2arpaporn.pow@mahidol.ac.th,

[3] naruemon.aue@mahidol.ac.th

Faculty of Public Health Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine food consumption culture and factors association. The quasi-experimental study aimed to examine the effect of health protection motivation with mobile health program to prevent cardiovascular disease in elderly high-risk group. Participants were screened using the Thai CV risk score. Sixty elderly participants (both male and female) who reported a score of 20% or above were recruited into the study. Then, 30 participants were assigned to the intervention group and 30 to the comparison group. The experimental group received group education, learning from role models, and skilled practice with info graphic and video clip via Line application. A set of self-administered questionnaires was used to collect data from participants 3 times (baseline, immediately after the intervention, and one-month after intervention). Data were analyzed using mean, standard deviation, Chi-square, Fisher's Exact test, Independent t-test, and one-way repeated measure ANOVA.

Results showed that one month after intervention, the intervention group reported significantly higher perceived severity than baseline, and the comparison group (Mean = 15.60, SD=2.08; Mean = 13.70, SD = 1.37; Mean = 14.07, SD = 1.82; $p < .001$, respectively). The comparison between groups on mean score of immediately after the intervention and one-month after intervention showed that the intervention group had significant better preventive behavior than those in the comparison group ($t = 3.02$, $p = .004$; $t = 2.88$, $p = .006$, respectively).

This study demonstrated that the health protection motivation with mobile health program with info graphic could enhance preventive behavior for cardiovascular disease prevention in high-risk group. This program could potentially be used in different areas to prevent new cardiovascular case.

Keywords: cardiovascular disease, high risk group, info graphic, Line application, health protection behavior to cardiovascular disease

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลกพบว่า ประมาณร้อยละ 71.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2553[1] โดยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) มีสัดส่วนการเสียชีวิตเป็นร้อยละ 27.00 แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในทุกช่วงอายุของประชากรทั่วโลกมากกว่า 17.3 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.00 ของสัดส่วนการเสียชีวิตทั่วโลก[2] ประมาณร้อยละ 13.00 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 6.00 ในผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ[1] หากไม่เร่งป้องกันแก้ไขคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 23 ล้านคนในจำนวนดังกล่าว พบว่าร้อยละ 80.00 จะเสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลัน[3] ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคสำคัญของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ที่เป็นความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดในร่างกาย และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 โรคจะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป

โดยมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมาย หรือมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) นอกจากนั้นผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน[4] โดยจังหวัดเชียงรายพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอันดับ 2 คิดเป็น 185.15 ต่อประชากรแสนคนและในปี พ.ศ. 2558 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพที่ 15 โดยพบว่าอำเภอพญาเม็งรายเป็นหนึ่งในอำเภอที่พบผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับร้อยละ 20.00 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 30.00 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คิดเป็นร้อยละ 23.43 และ 11.12 ตามลำดับ[3] ถึงแม้จะมีการให้คำแนะนำตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นรายบุคคลแล้ว แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้ในอนาคต จึงทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ 2554 จาก 25 คนต่อปีเป็น 38 คน ในปี พ.ศ. 2559 และยังคงพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในอำเภอพญาเม็งรายอย่างต่อเนื่อง[6]

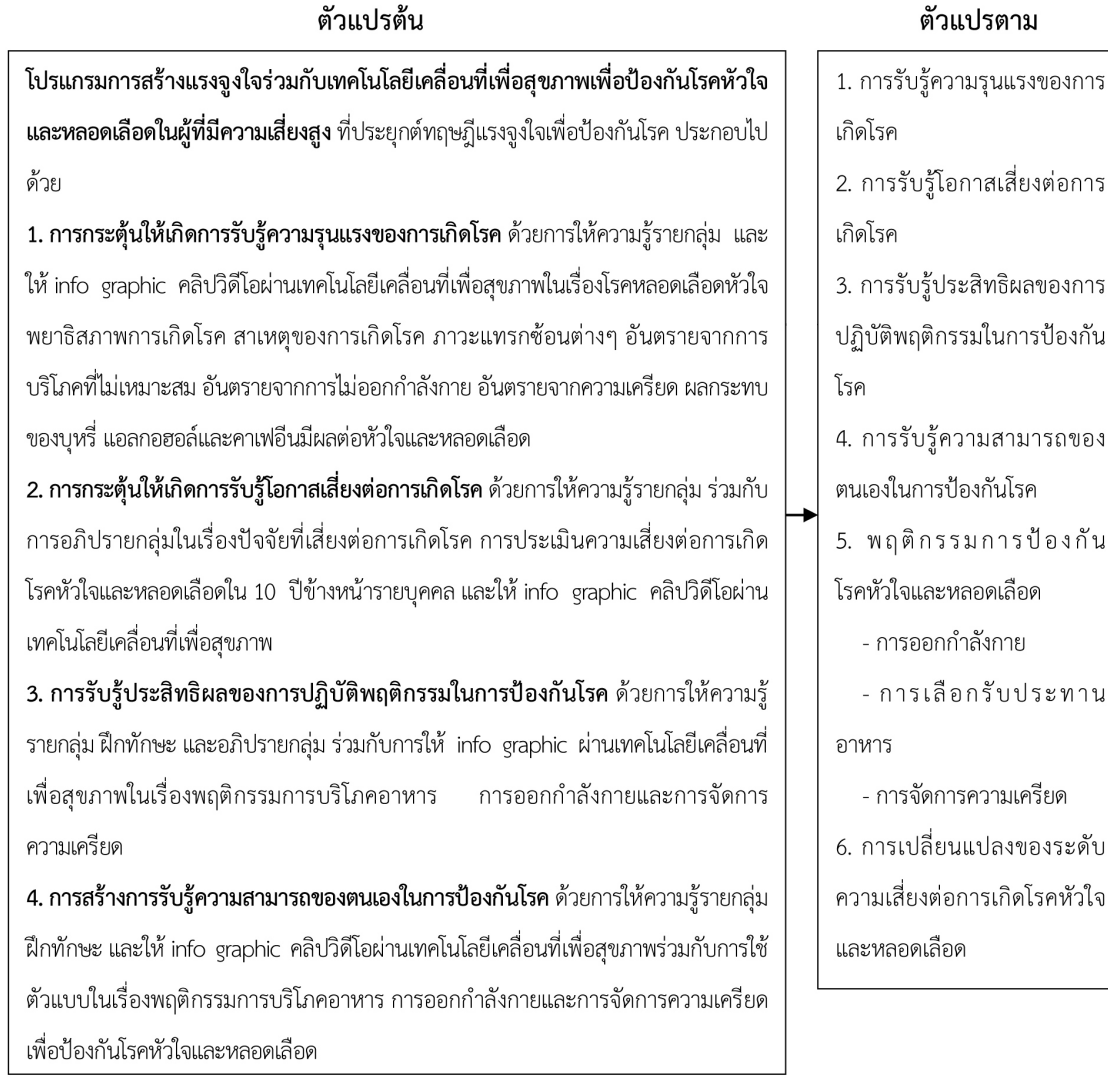
การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้[7] ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม[8] ขาดการออกกำลังกาย[8,10] สูบบุหรี่[8]และดื่มสุรา[8] ร่วมกับการควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค[8] ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน[8] ภาวะไขมันในเลือดสูง[8] น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน[8-10] การจัดการความเครียดให้เหมาะสม[10] โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป[9] การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) ในกลุ่มเสี่ยง[10] การให้สุขศึกษา รายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำปรึกษา[9] ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ เว็บไซต์ จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกาย การเลือกรับประทานอาหารซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 80.00[11] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง[12-14] ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง[15] ที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมดีขึ้น[12] นอกจากนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด[16] จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความตั้งใจและมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง สามารถวางแผนให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

การสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพญาเม็งรายพบว่า ผู้ป่วยมีโทรศัพท์มือถือและสามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตส่วนตัวได้ทั้งสิ้น ร้อยละ 33.00 ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะอายุมากกว่า 60 ปี แต่ก็มีความสามารถใช้โปรแกรมไลน์เบื้องต้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้นวัตกรรมการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยโปรแกรมไลน์ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[17] เมื่อศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพพบว่าการใช้ eHealth/mhealth หรือเทคโนโลยีทางสุขภาพที่ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงในรูปแบบชุดข้อความสร้างแรงจูงใจ (text massage) การใช้ระบบตอบรับอัตโนมัติสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาวนานถึง 24 เดือน[18] การใช้โปรแกรม CONNECT (Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools) สามารถเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางถึงระดับเสี่ยงสูงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเสี่ยงระดับต่ำได้ในระยะเวลาประมาณ 18 เดือน[19] โดยปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตกว่า 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.00 ของประชากรโดยมีการใช้โซเชียลมีเดียสูงถึงร้อยละ 86.80 คิดเป็นเวลาวันละ 2 ชั่วโมง 52 นาที โปรแกรมที่ใช้บ่อยที่สุดในกลุ่ม Gen X และ Baby boomer คือ Line รองลงมาเป็น Youtube และ Facebook[19]

การวิจัยในครั้งนี้ได้การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการให้ข้อมูล Info graphic และ clip video ผ่านเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพในระหว่างสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ในระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จากนั้นติดตามผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และภายในกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด

3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ Thai CVD Risk Score ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองพบการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาล

ประชากร

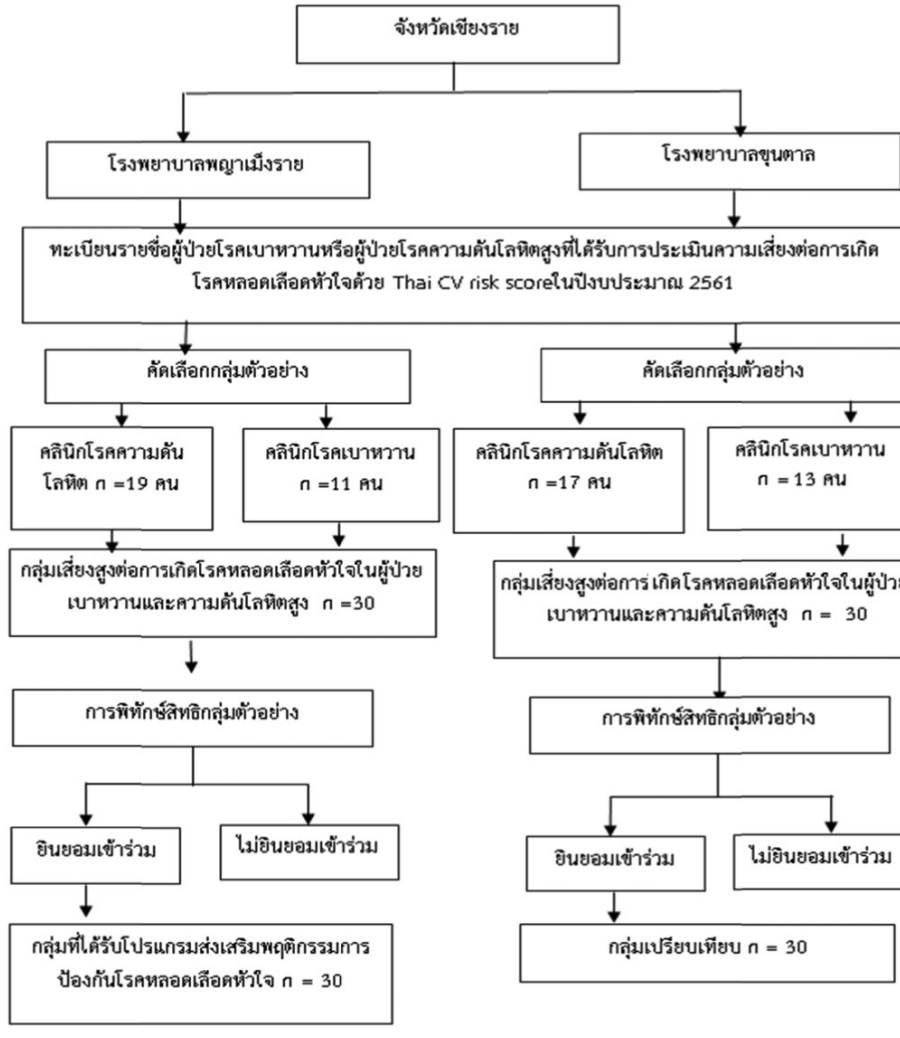
ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการลงทะเบียนรักษาและติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพญาเม็งรายและโรคพยาบาลขุนตาลที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai CVD risk score ในปีงบประมาณ 2561

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อาศัยในอำเภอพญาเม็งราย และลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ที่มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai CV risk score ในปีงบประมาณ 2561 ที่มีค่าคะแนนร้อยละ 20.00 ขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาใกล้เคียง คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรครู[23] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรครูเรื่องการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 29.80 และ 2.28 ของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 25.07 และ 4.86 จึงนำผลการศึกษามาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size)[24] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ได้กลุ่มทดลองในโรงพยาบาลพญาเม็งราย และกลุ่มเปรียบเทียบในโรงพยาบาลขุนตาลตามความสมัครใจกลุ่มละ 30 คน[23]



แผนภูมิที่ 1 การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai CVD risk score คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไป ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ

2. อายุ 60 ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง

3. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่หรืออุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ตและใช้โปรแกรมไลน์ (Line Application) ได้

4. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสามารถใช้โปรแกรมไลน์ (Line Application) เบื้องต้นได้

5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหลังได้รับการชี้แจง

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

2. พบการปรับเพิ่มหรือลดยาควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

3. กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะออกจากการทดลอง หรือร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 2 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบถึงความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงในเนื้อหาและลงความเห็น จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้มากกว่า 0.8 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ตอบคำถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficience) มากกว่า 0.7

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยการให้ความรู้รายกลุ่ม การฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสลับกับการให้ความรู้กำลังใจผ่านสื่อเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพ

2) คลิปวีดีโอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) พยาธิสภาพการเกิดโรค สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค อันตรายจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบของบุหรี่ แอลกอฮอล์ คาเฟอีน อันตรายจากการไม่ออกกำลังกายและอันตรายจากความเครียด มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสม

3) สไลด์ประกอบการบรรยายโดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงจากการเกิดโรคพยาธิสภาพการเกิดโรค สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อันตรายจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม อันตรายจากการไม่ออกกำลังกาย อันตรายจากความเครียด ผลกระทบของบุหรี่ แอลกอฮอล์และคาเฟอีนมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสม

4) Info graphic เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาธิสภาพการเกิดโรค สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค อันตรายจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม อันตรายจากการไม่ออกกำลังกาย อันตรายจากความเครียด ผลกระทบของบุหรี่ แอลกอฮอล์และคาเฟอีนมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสม

5) แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

6) ตัวแบบผู้ที่สามารถควบคุมการออกกำลังกาย การบริโภคและการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ตอบคำถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficience) จากการทดลองใช้เครื่องมือพบว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าสัมประสิทธิ์โดยวิธีของครอนบาคจำแนกได้ดังนี้ 1. การประเมินอันตราย ประกอบไปด้วย 1.) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 5 ข้อ 2.) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 5 ข้อ พบค่า ความเชื่อมั่น = .846 และ .745 ตามลำดับ 2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบไปด้วย 1.) การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด 5 ข้อ 2.) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 5 ข้อ ความเชื่อมั่น .868 และ .863 ตามลำดับ 3. พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งเป็นพฤติกรรมรายด้าน คือ 1.) ด้านการออกกำลังกาย 2.) ด้านการบริโภค 3.) ด้านการจัดการความเครียด พบค่า ความเชื่อมั่น .707, .727, .703 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ MUPH-2018-092 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ข้อมูลกิจกรรมวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทางวาจาผ่านทางโทรศัพท์ เมื่อพบกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปฏิเสธการตอบคำถามและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลใน 8 สัปดาห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยตรวจร่างกายและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพญาเม็งรายร่วมกับการทำกิจกรรมดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้เรียนรู้ 1) วิธีการใช้โปรแกรมไลน์ โปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) ปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม **กิจกรรมที่ 2** ผู้เข้าร่วมวิจัยทำกิจกรรมผ่านโปรแกรมไลน์ ดังนี้ 1) ได้รับ info graphic และคลิปวิดีโอ 2) คำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสนใจข้อมูลที่ส่งผ่านเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพรายบุคคล 3) ข้อความกระตุ้นเตือนนัดหมายครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมงในการทำ **กิจกรรมที่ 3** เพื่อเรียนรู้ 1) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค 2) ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค 3) ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) อันตรายจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด บุหรี่ แอลกอฮอล์และคาเฟอีนต่อหลอดเลือดหัวใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม **กิจกรรมที่ 4** ผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำกิจกรรมผ่านโปรแกรมไลน์ ดังนี้ 1) ได้รับ info graphic อันตรายจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ผลของบุหรี่ แอลกอฮอล์และคาเฟอีนต่อหลอดเลือดหัวใจ 2) คลิปวิดีโอแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ และ โทษและพิษภัยจากบุหรี่ 3) ส่งคำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสนใจข้อมูลที่ส่งผ่านเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพรายบุคคล 4) ข้อความกระตุ้นเตือนนัดหมายครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 2 ชั่วโมงในการทำ **กิจกรรมที่ 5** ผู้เข้าร่วมวิจัยเรียนรู้เกี่ยวกับ 1) แนวทางจัดการปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการจัดการความเครียด 2) ความรุนแรงของการเกิดโรค 3) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับการฝึกทักษะ **กิจกรรมที่ 6** ผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำกิจกรรมผ่านโปรแกรมไลน์ ดังนี้ 1) ได้รับ info graphic ผลกระทบจากการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดไม่เหมาะสมต่อโรค และการเลือกการออกกำลังกายบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสม 2) คลิปวิดีโอเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ส่งคำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสนใจข้อมูลที่ส่งผ่านเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพรายบุคคล 4) ข้อความกระตุ้นเตือนนัดหมายครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 2 ชั่วโมงในการทำ **กิจกรรมที่ 7** เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับ 1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด 3) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และตอบแบบสอบถามชุดเดิม

กลุ่มเปรียบเทียบ จะถูกนัดหมายให้มาร่วมกิจกรรมตามช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยในระหว่างการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้แก่ การมาตรวจตามนัดและได้คำแนะนำตาม

ความเร่งด่วนที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาล B แต่จะมีกิจกรรมที่นัดมาตามช่วงเวลา ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการตรวจร่างกายและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล B

สัปดาห์ที่ 4 : ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการตรวจร่างกายและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ด้วยตนเอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล B

สัปดาห์ที่ 8 : ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการตรวจร่างกายและเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิมด้วยตนเอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล B และนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในการทำกิจกรรมให้ความรู้ฝึกทักษะตามที่กลุ่มทดลองได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมโดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ IBM SPSS statistics 23 โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลด้วยสถิติ One way repeated measure ANOVA , Bonferroni และ Independent's t-test

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไป ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุระหว่าง 66-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 และ 33.30 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 และ 70.00 สถานภาพสมรสร้อยละ 80.00 และ 86.70 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 และ 96.7 ทำอาชีพเกษตรร้อยละ 56.70 และ 80.00 โดยจบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 และ 86.7 มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 1,000 ถึง 4,999 บาท มากที่สุดเป็นร้อยละ 56.70 และ 63.30 สรุปคุณลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง ประวัติการสูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคคลในครอบครัว ค่าความดันโลหิตตัวล่าง น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าไขมันในเลือดชนิด HDL และจำนวนรายการยารักษาโรคประจำตัวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นข้อมูลของกลุ่มทดลองที่พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 53.30 รอบเอว 90-100 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ และค่า Thai CV risk score ในช่วงร้อยละ 20.00 -29.00 สูงถึง ร้อยละ 70.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร่วมกันสูงถึงร้อยละ 46.70 รอบเอวอยู่ในช่วง 80-90 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 50.00 และค่าไขมันในเลือดชนิด LDL น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.00

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของโปรแกรมต่อตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคดีขึ้นเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ($F=3.14$, $p = .047$, $F = 3.96$, $p = .022$) แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p > .05$) นอกจากนั้นแล้วโปรแกรมยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($F = 5.49$, $p=.023$) แต่โปรแกรมนี้ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ One way repeated measure ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean squre	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2.69	1	2.69	.464	.498
ความคลาดเคลื่อน	335.89	58	5.79		
ภายในกลุ่ม[a]					
เวลา	13.38	2	6.69	3.14	.047
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	60.84	2	30.42	14.28	<.001
ความคลาดเคลื่อน	247.11	116	2.13		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	6.42	1	6.42	.813	.371
ความคลาดเคลื่อน	457.89	58	7.90		
ภายในกลุ่ม[a]					
เวลา	8.01	2	4.01	1.82	.167
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	6.41	2	3.21	1.46	.238
ความคลาดเคลื่อน	255.58	116	2.20		
การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	11.25	1	11.25	1.51	.225
ความคลาดเคลื่อน	433.08	58	7.47		
ภายในกลุ่ม[b]					
เวลา	12.88	1.56	8.28	2.18	.130
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	1.03	1.56	.664	.175	.784
ความคลาดเคลื่อน	342.09	90.22	3.79		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	12.27	1	12.27	1.64	.205
ความคลาดเคลื่อน	433.48	58	7.47		
ภายในกลุ่ม[a]					
เวลา	17.63	2	8.82	3.96	.022
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	40.14	2	20.07	9.02	<.001
ความคลาดเคลื่อน	258.22	116	2.23		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ One way repeated measure ANOVA (ต่อ)

	Sum of Squares	df	Mean squre	F	p-value
การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	211.25	1	211.25	5.49	.023
ความคลาดเคลื่อน	2231.70	58	38.48		
ภายในกลุ่ม[b]					
เวลา	12.13	1.79	6.79	.717	.476
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	116.13	1.79	64.96	6.86	.002
ความคลาดเคลื่อน	981.73	103.69	9.47		

[a]Sphericity Assumed , [b]Greenhouse-Geisser

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	**กลุ่มทดลอง (n=30)**				**กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)**			
	Mean	**Mean Dif.**	**Std. Er.**	**p-value**	**Mean**	**Mean Dif.**	**Std. Er.**	**p-value**
ก่อนการทดลอง	13.70	-.37	.39	1.000	14.77	-.37	41	1.000
หลังการทดลอง	14.07				15.13			
ก่อนการทดลอง	13.70	-1.90	.43	<.001	14.77	.57	.35	.343
ระยะติดตามผล	15.60				14.20			
หลังการทดลอง	14.07	-1.53	.35	<.001	15.13	.93	.34	.028
ระยะติดตามผล	15.60				14.20			

เมื่อศึกษาเฉพาะถึงรายละเอียดของอิทธิพลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคในช่วงเวลาที่ต่างกันของกลุ่มทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 คู่ คือ ระยะติดตามผลดีกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลอง (p <.001; ตารางที่ 2)

คะแนนเฉลี่ยเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคของกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 คู่ คือ ระยะก่อนการทดลองดีกว่าระยะติดตามผล (p= .007; ตารางที่ 3) และระยะหลังการทดลองดีกว่าระยะติดตามผล (p=.012; ตารางที่ 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	**กลุ่มทดลอง (n=30)**				**กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)**			
	Mean	**Mean Dif.**	**Std. Er.**	**p-value**	$\bar{X}$	**Mean Dif.**	**Std. Er.**	**p-value**
ก่อนการทดลอง	16.57	-1.07	.46	.083	17.27	.30	.29	.920
หลังการทดลอง	17.63				16.97			
ก่อนการทดลอง	16.57	-.77	.41	.212	17.27	1.53	.46	.007
ระยะติดตามผล	17.33				15.74			
หลังการทดลอง	17.63	.30	.25	.744	16.97	1.23	.39	.012
ระยะติดตามผล	17.33				15.73			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	**กลุ่มทดลอง (n=30)**		**กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)**		**t**	**df**	**p-value**
	Mean	**SD.**	**Mean**	**SD.**			
ก่อนการทดลอง	40.27	4.44	40.36	4.00	-.09	57.37	.927
หลังการทดลอง	42.00	3.91	38.57	4.85	3.02	55.50	.004
ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 8	42.43	3.84	39.27	4.64	2.88	56.04	.006

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ที่ระดับนัยสำคัญ (t= 3.02, p=.004; ตารางที่ 4), (t= 2.88, p=.006; ตารางที่ 4)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Thai CV Risk score จากการประเมินรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ย Thai CV Risk score ของกลุ่มทดลองสูงที่สุดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 25.92 และต่ำสุดในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 22.65 ส่วนค่าเฉลี่ย Thai CV Risk score ของกลุ่มเปรียบเทียบสูงที่สุดในติดตามผลเท่ากับ 28.14 และต่ำสุดในก่อนการทดลองเท่ากับ 27.35 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยค่าขนาดรอบเอวตัวบนลดลงในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงค่า Thai CV Risk score จากการประเมินรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Thai CV Risk score	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					.154[b]
20- <30 %	30	100	30	100	
Min–Max	20-30		20.09-30		
$\bar{X}$ ± S.D.	25.92 ± 4.00		27.35 ± 3.66		
หลังการทดลอง					
<10 %	1	3.3	0	0	.001[b]
10 - <20 %	8	26.7	4	13.3	
20- <30 %	19	63.3	9	30.0	
ตั้งแต่ 30 %	2	6.7	17	56.7	
Min–Max	8.37-30		15.45-30		
$\bar{X}$ ± S.D.	22.85 ± 5.23		27.14 ± 4.39		
ระยะติดตามผล					
10 - <20 %	10	33.3	2	6.7	<.001[b]
20- <30 %	17	56.7	11	36.7	
ตั้งแต่ 30 %	3	10.0	17	56.7	
Min–Max	10.33-30		18.65-30		
$\bar{X}$ ± S.D.	22.65 ± 5.45		28.14 ± 3.24		

[a]Pearson Chi-Square, [b]t-test, [c]Fisher's Exact Test

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการทดลองที่พัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาต่าง ๆ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การจัดกิจกรรมกลุ่มทบทวนการใช้โปรแกรมไลน์และสอนให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักการใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจากนั้นได้ส่ง info graphic เกี่ยวกับผลกระทบจากการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดไม่เหมาะสมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการส่งคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เช่น วิธีการทำบอลลูนและใส่ stent ในหลอดเลือดหัวใจผ่านทางโปรแกรมไลน์ จากการดู info graphic และคลิปวิดีโอหลาย ๆ ครั้งทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่[25] สอดคล้องกับศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน[26] ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการร่วมกิจกรรม 1) เสริมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติตัว 2) ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และ 3) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัว โดยการอภิปรายกลุ่ม การยกกรณีศึกษา การพูดจูงใจ การโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้านในระยะเวลา 8 สัปดาห์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในกลุ่มทดลองที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากการจัดการกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ประกอบไปด้วย การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกการใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร่วมกับการรับฟังการบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการใช้โปรแกรมไลน์ในการส่งข้อมูล info graphic และคลิปวิดีโอเกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมาน้อยกว่าการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค

การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค การเรียนรู้ในผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีการเรียนรู้ในสิ่งเดิมซ้ำๆ[25] แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับทฤษฎีดังนี้ 1) การบรรยายประกอบสไลด์ในเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกาย เทคนิคการออกกำลังกายอย่างง่ายที่ช่วยในการเผาผลาญอาหารและจำนวนพลังงานที่ถูกเผาผลาญในแต่ละครั้งที่มีการออกกำลังกาย 2) กิจกรรมกลุ่มเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของตนเอง ร่วมกับการอภิปรายหาแนวทางการแก้ไขปัญหา 3) ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 ทั้งหมด 1 ครั้ง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่คาดว่าคะแนนภายหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับทฤษฎีดังนี้

1) การฟังบรรยายประกอบสไลด์ ในเรื่องความเครียดในชีวิตประจำวันฝึกการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยวางแผนการออกกำลังกายของตนเองพร้อมบันทึกในสมุดบันทึกการออกกำลังกายในระยะเวลาประมาณ 1 เดือน 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร 1 มื้อ ให้ครบสัดส่วน ฝึกคำนวณปริมาณที่ได้ในมื้อดังกล่าวและนำเสนอให้สมาชิกกลุ่มทราบ 4) ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดแบบง่าย 5) เรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การบริโภค และการจัดการความเครียด 6) อภิปรายถึงแนวทางการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม 7) การรับ info graphic เกี่ยวกับเรื่องการเลือกการออกกำลังกาย บริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมร่วมกับการส่งคลิปวิดีโอในเรื่องตัวอย่างการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านโปรแกรมไลน์ 8) การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจเพิ่มเติมรายบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมวางแผนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองโดยการเลือกวิธีการออกกำลังกายและกำหนดเวลาในการออกกำลังกายด้วยตนเอง[25] ร่วมกับการทำแบบบันทึก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคในระยะหลังการทดลองดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน[27] และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[15] ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปีที่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองภายหลังเข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้กลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม 2) การรับฟังบรรยายความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค 3) ฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกจนถึงระยะติดตามผล 4) ได้รับข้อมูล info graphic และคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องผ่านทางโปรแกรมไลน์ โดยกิจกรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[21] ที่เน้นส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างด้วยการสื่อสารที่เน้นให้เกิดความกลัว เช่น ให้ข้อมูล info graphic คลิปวิดีโอที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ร่วมกับซักถามผู้วิจัยในประเด็นที่สงสัยและอภิปรายกลุ่ม[26] เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาคิดและทบทวนสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้[25] จนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด Thai CVD Risk score ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง พบว่า มี Thai CVD Risk score ในช่วงต่ำกว่า ร้อยละ 20.00 คิดเป็นร้อยละ 33.30 เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยที่เน้นการให้ความรู้รายกลุ่ม[27] การส่งข้อมูล info graphic คลิปวิดีโอผ่านทางโปรแกรมไลน์ การฝึกทักษะ[28] และการอภิปรายกลุ่มหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic BP) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง คือ 140-159 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 53.30 ลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 139 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 80.0 สอดคล้องแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง[29] ที่กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือการให้ยาเพื่อรักษาความดันโลหิตสูงจะสามารถลดค่าความดันโลหิตตัวบนลงมา 10 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างลง 5 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20.00 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด Stroke ร้อยละ 35.00 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.00 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.00 นอกจากนั้นการลดความดันโลหิตยังชะลอความเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติงาน: 1. นำโปรแกรมการวิจัยนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละพื้นที่ 2. การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมประจำตัวสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเตือนและติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคของตนเอง 3. การใช้โปรแกรมไลน์ในการส่งข้อมูล info graphic หรือคลิปวิดีโอในการกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค

ด้านการวิจัย: นำรูปแบบโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพร่วมกับ info graphic ในการให้ข้อมูลและติดตามผลไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง หรือกลุ่มเสี่ยงสูงวัยทำงานต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงวัยทำงานเพื่อดูผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ควรพัฒนารูปแบบการตอบคำถามผ่านโปรแกรมไลน์ของผู้สูงอายุให้ง่ายต่อการตอบเช่น การตอบคำถามด้วยคลิปเสียง การกดเลือกรูปภาพหรือเลือกคำตอบจากตัวเลือกแทนการพิมพ์เพื่อตอบคำถาม

References

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. In: Profiles NDNC, editor.: World Health Organization; 2014.
2. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management. Diabetes Care. 2015;38(Supplement 1):S49-S57
3. World Health Organization. HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Switzerland: WHO Document Production Services; 2016. p. 73.
4. Bureau of Non Communicable Disease. Annual Report 2016. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease Department of Disease Control Ministry of Public Health; 2016.
5. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D.2015. Bangkok. Samcharoen Panich Co.,Ltd.; 2016 (in Thai)
6. Phayamengrai Hospital. Thailand healthy lifestyle [Power point]. 2017[cite 2017 Aug 31].
7. World Health Organization. Cardiovascular disease risk factors [Book]. 2011[cited 2018 Aug 31]. Available from: http://www.world-heart-federation.org/press/fact-sheets/cardiovascular-disease-risk-factors/.
8. Pichayapinyo P, Lagampan P, Sujirarat D, Kaewpan W. Factors associated with behavior in diabetic patient with risk of cardiovascular disease. [Book] 2015. [cited 2017 Sep 15]. Available from: http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4386?locale-attribute=th
9. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease [Internet]. 2011[cited 2017 Sep 15]. Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/ 10.1002/14651858.CD001561.pub3/full
10. Deitz D, Cook RF, Hersch RK, Leaf S. Heart healthy online: an innovative approach to risk reduction in the workplace. J Occup Environ Med. 2014;56(5):547-53.
11. Watcharasin S, Pakdeepinit A, Aapsuwan N. Behavior modification in the clinic manual NCD quality. Nonthaburi: The agricultural Co- operative Federation of Thailand, LTD; 2015. (in Thai)
12. Mano A, Kaewpan W, Powwattana A, Pichayapinyo P. The effectiveness of the application of the protection motivation theory and social support in hypertension prevention program among middle-aged men in Bangkok Metropolitan. Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok) [internet],2011[cited 2018 May 18];28(1) Available from: https://www.tci-thaijo.org /index.php/ bcnbangkok/article/view/4842. (In Thai)
13. Leamtong B, Rawiworrakul T, Srisorrachatr S. Effects of the protection motivation theory application program on health promotion behavior among hypertentive risk group Royal Thai Air Force. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2011;19(4):61-71. (in Thai)

14. Sirpha W. The application of the protection motivation theory and social support for improving health behavior of diabetes mellitus patients in Sophisai district, Buengkan province. Journal of Nursing and Health Sciences 2014;8(3):268-78. (in Thai)
15. Wongsuwan P, Teangtham W, Powwattana A, Nanthamongkolchai S. Health promotion program for complication prevention among the elderly with hypertension in Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2016;28(3):145-60. (in Thai)
16. Thimoonnee M, Prechawong S. Factors related to preventive behaviors for cardiovascular disease in premenopausal cleaning personnel. Kuakarun Journal of Nursing 2016;23(1):118-32.
17. Yingyaun K, Methakanjanasak N. Self -management telehealth innovation for patients with diabetes mellitus type 2 with dyslipidemia. Srinagarind Med J 2016;31(6):365-71.
18. Piette JD, List J, Rana GK, Townsend W, Striplin D, Heisler M. Mobile health devices as tools for worldwide cardiovascular risk reduction and disease management. Circulation. 2015;132(21): 2012-27
19. Redfern J, Usherwood T, Harris MF, Rodgers A, Hayman N, Panaretto K, et al. A randomised controlled trial of a consumer-focused e-health strategy for cardiovascular risk management in primary care: the Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools (CONNECT) study protocol. BMJ Open 2014;4(2).
20. Electronic Transactions Development Agency. Thailand Internet User Profile 2016[internet].2016 [cited 2018 May 31] Available from: https://www.etda.or.th/publishing-detail/thailand-internet-user-profile-2016-th.html.
21. Boer HS. E.R. protective motivative theory. In: In M. Conner PN, editor. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham 1996. p. 95-122.
22. Rogers RW, Prentice-Dunn S. Protection motivation theory. Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants. New York, NY, US: Plenum Press; 1997. p. 113-32.
23. Klinaruenart K, Auemaneekul N, Rawiworrakul T, Silpasuwan P. The application of protection motivation theory for coronary artery prevention program for teachers. Siriraj Nursing Journal 2014;7(2):39-51.
24. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. N.J: L. Erlbaum Associates: Hillsdale; 1988.
25. Bauthong S, Saphawat S, Jittijarat S. Ageing related to reason method and needs of learning. Journal of Education, Silpakorn University. 2014 – 2015;12(1,2):6-17.
26. Ploykaew J, Chomson S. The effect of motivation program on health behaviors among risk group diabetes mellitus [Internet].2017[cited 2017 Nov 17]. Available from: http://www.northern.ac.th/north_research/p/document/ file_14909406070.doc

27. Watchjakwane N. Satheannoppakao W, Terncharoen, Pandii W. Nutrition promotion program for physiological risk prevention of cardiovascular disease in pre-menopause women. Thai Journal of Public Health 2010;40(1):40-52.
28. Bunyun S. Rerated factors of coronary artery disiease and stroke in diabetes speciallity cinic in Phaisali Hospital Phaisali District Nakhon Sawan Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2016;6(3):256-66.
29. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2019. (in Thai)

บทความวิจัย

ประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิของทีมสหสาขาวิชาชีพ

Experiences of Transformational Leadership in Primary Health Care System of Multidisciplinary Health Care Team

Received: Feb 2, 2020
Revised: Mar 30, 2020
Accepted: Apr 9, 2020

สฤษดิ์เดช เจริญไชย พ.บ. ส.ม. (Sariddet Charoenchai, M.D. M.P.H.)[1]
สุดคนึง ฤทธิ์ฤชัย Ph.D. (Sudkhanoung Ritruechai, Ph.D.)[2]
มาสริน ศุกลปักษ์ ปร.ด. (Masarin Sukolpuk, Ph.D.)[3]
โกเมนทร์ ทิวทอง พ.บ. (Komain Tewtong, M.D.)[4]
จารุณี จันทร์เพชร พย.บ. (Jarunee Chanphet, B.N.S.)[5]

บทคัดย่อ

ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น ที่จะช่วยในการจัดบริการสาธารณสุขให้เหมาะสม ทันสมัย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทีมสหสาขาวิชาชีพภายหลังการอบรมหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ หลักสูตรนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การอบรม ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 3 รุ่น ๆ ละ 4 วัน อบรมรุ่นละ 20 ทีม รวมทั้งหมดจำนวน 60 ทีม ระยะที่ 2 การนำเสนอรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นหลังจากการอบรม จำนวน 24 ทีม ๆ ละ 3 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสมัครใจของทีมที่มานำเสนอผลงานในระยะที่ 2 จำนวน 17 ทีม ๆ ละ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้นจำนวน 51 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group discussion) กับแต่ละทีม ๆ ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60-90 นาที ณ หน่วยบริการของแต่ละทีม ใช้แนวทางการสนทนาเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเกิดประสบการณ์การเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงใน “ตัวบุคคล” ทั้งของตนเอง ทีมงาน และเครือข่าย 2) ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน และ 3) ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จากผลการวิจัย ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมทีมสหสาขาวิชาชีพให้สามารถเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาตน คน และงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์, ผู้นำการเปลี่ยนแปลง, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, ทีมสหสาขาวิชาชีพ

[1]*รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Email: sariddet@gmail.com*
[2]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Email: sudkhanoungp@hotmail.com*
[3]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก Email: masarin@bcnnon.ac.th ,*
[4]*รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Email: tewtong.k@gmail.com*
[5]*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Email: jchanphet@gmail.com*

Abstract

Multidisciplinary team is transformational leader in primary healthcare system which requires knowledge and teamwork skills as well as realizing the value of oneself and others. These will help team members to be able to appropriately provide modern healthcare service to relevant context of the community. This qualitative study aimed to examine experience of being change agent in multidisciplinary team after finishing a transformational leadership development project. The training project consisted of 2 phases. In phase 1, a training course was held from January to March 2019. It was 4-day course; and 3 classes. There were 20 teams each class. The 3-person team comprised of doctor, nurse, and public health technical officer. In phase 2, reflective course was held for 2 days (22nd–23rd April, 2019). There were 24 teams passing from phase 1 and were selected by the Chief of Health Region to present the progression of service models of the primary care clinic. The teams were asked to participate in the study. There were 17 multidisciplinary teams (51 participants including family doctors, nurses, and public health technical officer) and they volunteered to participate in the study. Data were collected from May to August 2019 using focus group discussions with the guideline at the primary care unit of each team. Data were analyzed using thematic content analysis.

Results showed that the participants described three aspects of experiences: 1) experience of "individual change" including person, team, and network; 2) experience of changing the work itself; and 3) experience of changing the service model in primary health care system. In conclusion, the course organizer has the directions to develop the transformational leadership curriculum in primary healthcare system. As a result, the multidisciplinary team would be encouraged to be a change agent to gradually improve individuals, others, and their job duty.

Keywords: experience, transformational leadership, primary health care system, multidisciplinary team

บทนำ

การที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาด้านบริการสาธารณสุขโดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การบริการที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้สำเร็จ คือ "คลินิกหมอครอบครัว" ซึ่งเปิดให้บริการในหน่วยงานระดับต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลจังหวัด ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ กำหนดให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นอย่างน้อย ทำงานร่วมกันแบบองค์รวมและเชิงรุก ดูแลประชากรตามจำนวนที่รับผิดชอบ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ

ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา[1]

การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น รวมทั้ง ต้องสามารถประเมินระบบงาน กำหนดเป้าหมาย วางแผนงาน พัฒนางาน และประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน นอกจากนั้น ยังต้องเป็นผู้นำทีมในการจัดให้มีการบริการคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันแก่ประชาชน[2] จากความจำเป็นดังกล่าว สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว 3 วิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุข จาก 12 เขตสุขภาพ

หลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และสมรรถนะการเป็นผู้นำในยุคของการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีมทั้งกับสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย และประชาชน กำหนดกระบวนการอบรมให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกการพัฒนาตนเองทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง จะทำให้เกิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้[3] เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนตนเองเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้นำเพื่อพัฒนาทีม เครือข่าย และชุมชน การสร้างทีมนำเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนากลยุทธ์และการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพปฐมภูมิ การอบรมแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การอบรมตามเนื้อหาที่กำหนดจำนวน 4 วัน เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ มีทีมสหสาขาวิชาชีพจากทั่วประเทศเข้าอบรมทั้งหมดจำนวน 60 ทีม ระหว่างเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ณ โรงแรม ทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 การนำเสนอการพัฒนารูปแบบการบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมระยะที่ 1 และได้รับการคัดเลือกจากเขตสุขภาพให้มานำเสนอรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นจากการอบรมระยะที่ 1 จำนวน 24 ทีม ระหว่างวันที่ 22-23 เมษายน พ.ศ. 2363 ณ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ[4]

จากผลการประเมินโครงการอบรมโดยการตอบแบบสอบถามของผู้ผ่านการอบรม พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับดีและเสนอแนะให้ดำเนินการอบรมต่อเนื่อง[5] อย่างไรก็ตามยังขาดการประเมินผลการอบรมเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผลจากการมาร่วมอบรม เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร กระบวนการอบรม และทีมสหสาขาวิชาชีพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทีมสหสาขาวิชาชีพภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยภาพรวมของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว ณ หน่วยบริการ คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 จนถึงเก็บข้อมูล รวมระยะเวลา 3 ปี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ซึ่งเป็นรูปแบบวิจัยที่เหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ตรง[7] ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และได้รับคัดเลือกจากเขตสุขภาพให้มานำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการบริการใน

ระยะที่ 2 จำนวน 24 ทีม กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมที่สนใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทั้งทีม มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยจำนวน 17 ทีม ๆ ละ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ตามกรอบแนวคิดการดำเนินงานเป็นทีมของคลินิกหมอครอบครัว[2] ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 และปรับปรุงแบบข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ นำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป ตัวอย่างคำถาม เช่น ได้นำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิไปประยุกต์ใช้ในการทำงานอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไรบ้าง ที่ว่าเปลี่ยนเรื่องงานนั้น เปลี่ยนอย่างไร ท่านอื่น ๆ ว่าอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ COE 62/008 โดยชี้แจงข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ส่งหนังสือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการที่คลินิกหมอครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเปิดให้บริการเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ เริ่มเก็บข้อมูลหลังจากการอบรมระยะที่ 2 ผ่านไป 1 เดือน ณ หน่วยบริการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละทีม ระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 60-90 นาที มีการบันทึกเสียงขณะสนทนา การสนทนาทำในห้องที่สงบ เป็นส่วนตัวและปลอดภัย มีผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นผู้นำการสนทนาเนื่องจากมีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพ และผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้สังเกตการณ์การสนทนา ทั้ง 2 คนมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม ทำการกระตุ้นถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยและแสดงความเห็นได้อย่างอิสระ และดึงประสบการณ์ตรงออกมา หลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยส่งคลิปเสียงบันทึกการสัมภาษณ์ให้ผู้ถอดการบันทึกเสียง ที่เซ็นการรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล และส่งผลการถอดเทปให้ผู้วิจัย 3-5 วันภายหลังได้รับคลิปเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดของ Max Van Manen[6] ดังนี้

1. เปิดประเด็นที่พบ (Uncovering thematic aspects)
2. แยกประเด็นที่โดดเด่น (Isolating thematic statements)
3. ปรับภาษา (Composing linguistic transformations)
4. รวบรวมคำอธิบายประเด็นสำคัญ (Gleaning thematic descriptions)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เอกสารหมายเลข COE 62/008 วันที่ 29 เมษายน 2562 เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการวิจัย วิธีการทำแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามต่าง ๆ ได้อย่างอิสระตามความคิดหรือการรับรู้ของตน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ชื่อ-สกุล และคำตอบจะถูกแปลงเป็นรหัส และผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมเท่านั้น จะเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขวิชาชีพละ 17 คน รวม 51 คน มีประสบการณ์การทำงานร่วมกันเป็นทีมในคลินิกหมอครอบครัวอยู่ระหว่าง

1-3 ปี เมื่อวิเคราะห์ประสบการณ์การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิจากการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว ภายหลังจากการอบรมของแต่ละทีมในภาพรวม พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำความรู้ ทักษะ และแนวทางที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งต่อตนเอง ทีมงาน เครือข่าย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1. ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลง "ตัวบุคคล" ทั้งตนเอง ทีมงาน และ เครือข่าย

1.1 การเปลี่ยนแปลงตนเอง จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นพบข้อจำกัดของตนเองที่เป็นอุปสรรคในการทำงานร่วมกับทีม ใน 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1) การตัดสิน

"เมื่อก่อนคือเราเหมือนมองตัดสินเขาไปแล้วว่าคนนี้มีความคิดเห็นอย่างนี้ มุมมองต่อเรื่องงาน มุมมองต่อเรื่องชุมชน มุมมองต่อเรื่องคนไข้นี่เป็นแบบนี้ เราจะไม่ฟังความคิดเห็นเขา" (อ2)

2) การไม่ตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง

"เดิมทีเป็นคนที่แบบมองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง จะคิดว่าตัวเองไร้ค่าอยู่ตลอดเวลา...รู้สึกว่าตัวเองด้อยค่ากับสิ่งที่ผ่าน ๆ มา ทำให้ตัวเองไม่กล้าที่จะแสดงออก ไม่กล้าที่จะไปทำโน่นทำนี่" (อ25)

เมื่อผ่านการอบรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น ดังนี้

1) การไม่ตัดสิน

"ได้เกี่ยวกับเรื่องทีมงาน...ให้เราเข้าใจเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน อย่าไปตัดสินเขาโดยที่ยังไม่เข้าใจดี อย่าเพิ่งตัดสินเขาก่อน" (อ35)

2) การเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง

"หลังจากที่อบรม...ก็คือทำให้อยากกล้าที่จะเปลี่ยนตัวเอง เปลี่ยนไปในแนวทางที่ดีขึ้นแล้วก็สร้างความมั่นใจให้กับตัวเราเองมากขึ้น ว่าตัวเราเองมีศักยภาพบางอย่างที่เราไม่เคยรู้มาก่อน ยังมีอีกเยอะแต่เราเอาตัวเราเองไปกดไว้เท่านั้นเอง" (อ25)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทีมงานและเครือข่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างค้นพบข้อจำกัดในการทำงานร่วมกันกับทีมงาน และเครือข่ายใน 2 ประเด็นหลัก คือ

1) การขาดทิศทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวร่วมกันของทีม

"ถามว่าตอนไปอบรม ตอนแรกที่ไปอาจจะมองภาพไม่ออก...ว่าฉันจะเปลี่ยนอะไร พัฒนาคลินิกยังไง" (อ37)

2) การขาดการทำงานเป็นทีม

"เมื่อก่อนเราอยากทำอะไรทำเลยเราลุยคนเดียว" (อ27)

"แต่ก่อนเป็นคนฉายเดี่ยว ทำเองทุกเรื่อง" (อ33)

เมื่อผ่านการอบรมแล้ว ทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำความรู้และทักษะมาเปลี่ยนแปลงทีมงานและเครือข่าย ดังประสบการณ์ต่อไปนี้

1) การกำหนดทิศทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวร่วมกัน

"พอกลับมาทำงานกับ PCC มากขึ้น...ทำให้เราเริ่มกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มองว่าถ้า passion ของ PCC หละเราจะไปตรงไหน อันนี้ก็คือส่วนหนึ่งที่ได้มาชัดเจน" (อ37)

"ได้แนวคิดในเรื่องที่สอนว่าการที่เราทำอะไรสักอย่างที่หวังผลลัพธ์แบบใหม่โดยใช้กระบวนการเดิม ๆ ไม่มีความเป็นไปได้ ตรงนี้เราก็มาคุยกับทีม กำหนดการพัฒนาคลินิกแบบใหม่ร่วมกัน" (อ13)

2) การทำงานเป็นทีม และสร้างความเป็นผู้นำให้แก่ทีมงานและเครือข่าย

"ภาพฉายเดี่ยวต้องลดลง เคลื่อนไม่ได้ถ้าไม่มีทีม เราไม่สามารถที่จะรู้หมดทุกเรื่อง ถ้าเรามีทีมแล้วก็ไปด้วยกัน ย่อมจะไปถึงเป้าหมายได้ดี พาทีมฝึกด้วย" (อ33)

"สนับสนุนให้เขา (อสม. และผู้ดูแล) มีความเป็นผู้นำ สร้างความเป็นผู้นำในตัวเอง เอาศักยภาพตัวเองมาใช้ทำให้เรามีทีมสามารถคิดและทำงานได้ อย่างผู้ดูแล อสม. ต่าง ๆ เขามีความเป็นผู้นำ เราประชุมเสร็จเขาก็ดำเนินงานต่อได้เลย ถ้าเขาไม่มีความเป็นผู้นำ เขาก็จะทำไปวันๆ และก็จะไม่มีความสุข" (อ9)

"เขา(อสม.) เข้าใจผู้อื่นและเข้าใจตัวเองมากขึ้น คือตอนนี้ก็จะประชุมกับ อสม. เดือนละครั้ง ก็จะเอาคลิปวีดีโอที่ได้จากการอบรมมาเปิดให้เขาดูก่อนประชุม เพื่อให้เขามีมุมมองใหม่ ๆ ได้คิดวิเคราะห์" (อ15)

2. ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน กลุ่มตัวอย่างค้นพบข้อจำกัดของตนเองในการทำงาน

แบบเดิม ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน คือ

1) การขาดทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

"ลูกทีมบางคนอาจจะไม่ร่วมมือกัน เพราะไม่ชอบวิธีสั่งการของเรา" (อ16)

"ทุกครั้งเราเป็นลูกน้อง ไม่ค่อยกล้าที่จะเป็นผู้นำให้เพื่อนได้"(อ32)

"เมื่อก่อนไม่เป็นกันเอง เหมือนไปด้วยหน้าที่เสร็จก็รีบกลับ" (อ29)

2) การยึดติดกับกรอบความคิดของตนเอง

"มองว่าทุกคน fix mindset" (อ36)

เมื่อผ่านการอบรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และปรับความคิดของตนเอง จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน ดังนี้

1) การใช้ทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การปรับตัว

"เยี่ยมบ้านก็ยังไป ทั้งที่ตัวเองมีงานเยอะ...ต้องปรับตัวให้เข้ากับระบบงานกับชุมชนมากขึ้น" (อ26)

"พอได้อบรม พอกลับมา เราเปลี่ยน...เป็นผู้นำมากขึ้น...พอกลับจากอบรม เราก็จัดการกับงานของเราได้" (อ32)

การสื่อสารที่ดี

"สิ่งที่เห็นชัด ๆ คือใช้การสื่อสารที่ดี...จะเห็นได้ว่าการเป็น teamwork เยอะขึ้นมาก ทีมเขาสามัคคีกัน จากคนที่เคยมีความขัดแย้งกัน นั่งกินข้าวแยกโต๊ะกัน เขาก็สามารถมาร่วมกันได้" (อ16)

"การสะท้อนอันไหนสมควรจะไปพูดยังไงเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน เราก็ไปชี้แจง ไปอธิบาย ไปบอกเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ก็จะได้ข้อมูลส่วนตรงนั้นมาเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน" (อ8)

"ดีขึ้นมากจากวันนั้น สามารถปรึกษาทีมได้อะไรต่าง ๆ ดีกว่าเดิมเยอะ แต่ในช่วงแรกยอมรับว่าทีม...ไม่ได้คุยกัน" (อ34)

การฟังแบบลึกซึ้งมากกว่าคำพูด

"พอฟัง น้องกล้าพูดกับเรามากขึ้น...เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ไม่กล้าพูด...มากล้าพูดกล้าอะไรกับเรา ก็เปลี่ยนมาเป็นการทำงานอีกบุคลิกหนึ่ง ฟังมากขึ้น ฟังมากกว่าที่เขาพูด ฟังให้เข้าใจเขา" (อ28)

"อาสาสมัครครอบครัว เวลาเราฟังเขา แล้วเราก็มองตาแล้วก็พยักหน้า แล้วก็ไม่เถียง เราให้เขาพูดมาจนจบก่อน เขาก็ยอมรับ ภาคภูมิใจ อยากจะทำงานเพิ่มมากขึ้น ตอนนี้ก็มาเกือบทุกวันเลย...จากเมื่อก่อนสั่งเขาก็ทำตามสั่ง แต่ตอนนี้เราไปไหนก็เอาเขาไปด้วย ให้ความเชื่อมั่นเขา" (อ5)

2) การเปิดรับความคิดของคนอื่น และปรับมุมมองของตนเอง

"ทุกคนเป็นน้ำครึ่งแก้ว...เปลี่ยนมาเป็น growth mindset นี่คือสิ่งหนึ่งที่ทุกคนจะรู้แล้วว่ายังขาดอะไรอีกเยอะ ทำให้เห็นว่าต้องการการเปลี่ยนแปลงอะไรในงาน" (อ36)

"เราเปลี่ยน เข้าใจเขามากขึ้น... น้อง ๆ ก็ไม่เกร็ง แล้วก็มีความสุขกับเราด้วย...ผ่อนคลาย ก็เลยอยู่กันอย่างมีความสุข งานทุกอย่างก็ลื่นไหลไปหมด ทำอะไรก็ง่าย...คุยกันมากขึ้น เปิดใจคุยกัน" (อ43)

"ให้กำลังใจเค้า...ให้ด้วยใจ เมตตาเขามากขึ้น เขาก็ร่วมมือกับเราในการทำงานร่วมกันดี...ทุกวันนี้ก็เป็นหมอครอบครัวจนเกือบจะทุกหมู่ เพราะใช้ง่าย น้องวานเราก็ออกไป (เยี่ยมบ้าน) ให้" (อ29)

3. ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"เมื่อก่อนไม่ได้คิดอะไรมาก ใครทำก็ทำไป ใครจะใช้ก็ใช้" (อ12)

"แบบประเมินบางอันหมายถึงจากหลาย ๆ แหล่ง ที่เคยผ่านที่ประเมินมันเป็นภาษาเทพ ซึ่งตีความยากแล้วแต่ละที่ก็จะตีความไม่เหมือนกัน" (อ13)

กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกพัฒนากลยุทธ์และรูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัวในขณะอบรม และนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เกิดประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังต่อไปนี้

1) การประเมินรูปแบบการบริการของคลินิกหมอครอบครัวอย่างเป็นระบบและครอบคลุม

"ทำให้เราวิเคราะห์ประชากรในพื้นที่ชัดเจนขึ้น อย่างคนป่วยผมมาวิเคราะห์เลยว่าป่วยกี่คน คุมไม่ได้กี่คน แล้วจะเอากลุ่มนั้นมาทำยังไง" (อ9)

"สามารถดึงออกมาเป็นกิจกรรมที่สามารถประเมินได้...ที่ให้ทำ 13 ข้อ คือ ไม่มากเกินไป และตีความไม่ยาก เห็นเรื่องของบริหาร บริการและก็มีเรื่องของการประเมินผล ผลลัพธ์ กะทัดรัดดี 13 ประเด็น แต่ครอบคลุม" (อ13)

"Guide assessment เอามาใช้อย่างเต็มที่เลย ทำให้เป็นระบบ มองงานได้เป็นระบบ มองเห็นปัญหาของตัวเอง เราวิเคราะห์ตัวเองออกมา" (อ36)

2) การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการบริการของคลินิกหมอครอบครัวตามผลการประเมินอย่างต่อเนื่อง

"มันดีจริง...แบบประเมินเรื่องนี้มีอะไรบ้าง ตอบโจทย์อะไร จะต้องวิเคราะห์ปัญหา อะไรได้บ้าง ก็เริ่มเก็บข้อมูล เช่น การเข้าถึงบริการ เราจะต้องทำยังไง ก็เริ่มมีคำถาม เริ่มมีการใช้เกี่ยวกับการค้นหาวิธีการขึ้นเรื่อย ๆ" (อ12)

"(แบบประเมินช่วยให้)เปลี่ยนในสิ่งที่ทำอยู่แล้วให้มีรูปแบบมากขึ้นเพื่อให้เห็นภาพ PCC จริง ๆ" (อ44)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ประสบการณ์การนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านต่าง ๆ ไปใช้ในการเปลี่ยนแปลง "ตัวบุคคล" ทั้งตนเอง ทีมงาน และ เครือข่าย

ผลการวิจัยแสดงถึงการดำเนินโครงการอบรมที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีเป้าหมายให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลก่อน โดยให้ตระหนักและยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล (Individualized consideration)[4] ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง เป็นการใส่ใจความต้องการของแต่ละบุคคล และปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างมนุษย์ที่มีคุณค่าเพื่อช่วยผู้อื่นพัฒนาศักยภาพ[9] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลจากประสบการณ์หรือความประทับใจที่ได้รับขณะอบรม สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิและมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับดี[5] จึงทำให้นำไปสู่การปรับพฤติกรรมเดิมของตนเองเสียใหม่[9]

นอกจากนั้น หลักสูตรนี้ยังได้มีการอบรมให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และฝึกทักษะการทำงานเป็นทีมเพื่อให้สามารถสร้างทีมได้[4] ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ทักษะที่เรียนรู้จากการอบรม ไปพัฒนาความสามารถของทีม และเครือข่าย เพื่อร่วมกันทำงานแบบ Functional Unit ให้เป็นไปตามกรอบการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว ที่เน้นให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมาทำงานร่วมกันตามสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพอย่างเต็มศักยภาพ[2]

2. ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงาน

ผลการวิจัย แสดงถึงการบรรลุตามวัตถุประสงค์การอบรมที่กำหนดให้ผู้เข้าอบรมสามารถประยุกต์ทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทั้งการปรับตัว การสื่อสารที่ดี การฟังแบบลึกซึ้งมากกว่าคำพูด รวมถึง การเปิดรับความคิดของคนอื่นและปรับมุมมองของตนเอง ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด และความรู้สึกส่วนบุคคล จนส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานเป็นไปตามที่ Schwartz[10] กล่าวว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและมีผลต่อการปฏิบัติ โดยทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติ นั่นหมายความว่า ตามที่หลักสูตรนี้ได้เน้นการพัฒนาทัศนคติของบุคลากรให้เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่นแล้ว บุคคลผู้นั้นย่อมนำความรู้ไปปฏิบัติต่อผู้อื่นดี มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานโดยคำนึงถึงบุคคลอื่นด้วย

จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้นำประสบการณ์จากการอบรม ทั้งความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านต่าง ๆ ไปใช้ในการพัฒนางาน จนเกิดผลดีในหลายด้าน ซึ่งการมีทักษะการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นได้ดี เป็นทักษะที่สำคัญของผู้นำการเปลี่ยนแปลงในยุคแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพนี้[11] เป็นไปตามแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Burns[3] ที่กล่าวว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นการที่ผู้นำและผู้ตามต่างช่วยกันยกระดับแรงจูงใจและจริยธรรมของกันและกันให้สูงขึ้น ผู้นำจะปลุกจิตสำนึกของผู้ตามให้มุ่งไปสู่อุดมการณ์ และค่านิยมเชิงศีลธรรมจรรยา (Moral values) ที่สูงส่ง เกิดความภาคภูมิใจ ความสงบสุข การมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ นำไปสู่ระดับการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ[12] ดังที่กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัว ทำให้งานมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ขึ้นและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ดังรายละเอียดในประเด็นต่อไป

3. ประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิจัย แสดงถึงความสำเร็จที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่กำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นไปตามเนื้อหาของหลักสูตรที่ทันสมัย เน้นการอบรมเป็นทีม เพื่อให้ทั้งทีมได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เข้าใจตนเอง ผู้อื่น ร่วมกันทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น การได้ร่วมพัฒนารูปแบบการบริการของคลินิกหมอครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน เป็นการขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ และนโยบายการพัฒนางานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัว[2,4] และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 25621 ที่กำหนดให้มีระบบและกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยใช้แบบประเมิน Primary Care Team Guide Assessment ที่มีองค์ประกอบครอบคลุมงานทุกด้านของคลินิกหมอครอบครัว รวมทั้งสิ้น 13 องค์ประกอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันประเมิน โดยคิด วิเคราะห์งานปัจจุบัน กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามบริบทอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดแนวทางการทำงานอย่างชัดเจน มีกลไกที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์การหน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่[4] ย่อมทำให้ได้ผลการดำเนินงานบรรลุตามที่ต้องการ และมีแนวทางการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนารูปแบบการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้แบบประเมิน Primary Care Guide Assessment ให้ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และเครือข่าย

References

1. Office of the Permanent Secretary. Primary Health System Act B.E. 2019. Bangkok: Sililuck Company Limited. 2019. (in Thai).
2. Mekthon S, Mungchit P, Wetchapanbhesat S, Larbbenjakul S, Sriyakul D, Tassanee S, et al. Guideline of primary care cluster services. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited. 2015. (in Thai).
3. Burns JM. Transforming leadership: a new pursuit of happiness. New York: Atlantic Monthly Press. Burnstein, Samual J. and O'Hara, Patrick; 2003.
4. Bureau of Primary Health Care System Support. Transformation Leadership Development Program in Primary Health System. Nonthaburi: Bureau of Primary Health Care Support, Office of the Permanent Secretary. 2019. (in Thai).
5. Charoenchai S, Ritruechai S, Chanphet J. Tewtong K, Sukolpuk M. The study of the implementation of the transformational leadership development project in the primary health care system. Journal of Health Science Research 2019;13(2):93-102. (in Thai).

6. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. London: Althouse; 1990.
7. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. California: Thousand Oaks: Sage; 2009.
8. Sanrattana W. Leadership: theory and contemporary perspectives of leadership. (1st edition). Bangkok: Tippayawisut; 2014. (in Thai).
9. Rogers EM. Modernization among peasant: the impact of communication. New York: Holt, Rinchart and Winston; 1976.
10. Schwartz ZD. Introduction to management: principle, practice and process. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.
11. Krairiksh M. Nursing leadership for the service plan. Thai Journal of Nursing 2015;64(2):55-61. (in Thai).
12. Ainto W, Hingkanont P, Santayakon C. The relationship between transformational leadership of director of sub-district health promotion hospitals and level of primary health care unit quality development in sub-district health promotion hospitals Chainat province. Journal of Nursing and Health Sciences 2015;9(3):57-67. (in Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of a Care Model according to Food Consumption Culture for Patients with Chronic Kidney Disease in a Community at Kalasin Province

Received: Jan 15, 2020
Revised: Jan 29, 2020
Accepted: Feb 4, 2020

วรัญญา กมลคร พย.ม. (Waranya Kamonlakorn, M.N.S)[1]
สุทธีพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)[2]
นพวรรณ เปียซื่อ ปร.ด. (Noppawan Piaseu, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล จำนวน 27 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 12 คน และระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 คน และประชาชนในชุมชน จำนวน 80 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล 2) แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบวิลคอกซัน ไซน์ แมทแพร์แรงค์ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแบบแผนการรับประทานอาหารหลักคือการรับประทานข้าวเหนียวและปลาน้ำจืด โดยไม่จำกัดปริมาณ มักปรุงรสอาหารด้วยปลาร้า เกลือ และผงชูรส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผน ได้แก่ การโฆษณาชวนเชื่อทางวิทยุให้รับประทานอาหาร ยาสมุนไพร ความเชื่อว่าการดื่มสุราจะช่วยล้างไตให้สะอาดและให้ดื่มในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ในงานประเพณีของชุมชนมักมีอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรส และประชาชนใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐซื้อเครื่องปรุงรสได้ง่ายขึ้น 2) รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย (1) การอนุรักษ์วัฒนธรรมการปรุงอาหารรับประทานเองและอาหารข้าว ปลา และผัก

[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: waranyaknn@gmail.com
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteeporn@yahoo.com
[3]รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th
[1,2] Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand
[3] Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Bangkok, Thailand

โดยการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมการปลูกพืชผักผลไม้ และการพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบรักษ์ไต (2) การต่อรองการจำกัดปริมาณอาหารและเครื่องปรุงรส โดยให้ความรู้ ใช้นวัตกรรมวงล้ออาหารและกระติบข้าวเหนียวรักษ์ไต และผูกเสี่ยวรักษ์ไต (3) การจัดรูปแบบใหม่ให้เลิกดื่มสุรา โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน และ 3) การใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine food consumption culture and factors associated with food consumption culture among patients with chronic kidney disease (CKD) in a community; 2) develop a care model relevant to food consumption culture for patients with CKD, and 3) to study the effectiveness of the developed care model of food consumption culture for patients with CKD.

Participants were divided according to the study phases. Phase 1 aimed to examine the food consumption culture and factors associated with the food consumption culture, and the participants consisted of 27 patients with CKD and caregivers in Phu din Sub-district, Muang Kalasin district, Kalasin province. Phase 2 aimed to develop care model of food consumption culture, and the participants were 12 members of a development team. Phase 3 aimed to investigate the effectiveness of the developed care model of food consumption culture, and the participants consisted of 15 patients with CKD and 80 community residents. Research instruments were: 1) a focus group guideline for patients with CKD and caregivers; 2) a brainstorming guideline for developing the model; and 3) a food consumption behavior questionnaire for patients with CKD which showing content valid of .80-1.00 and reliable Cronbach's alpha of .92; and 4) a satisfaction questionnaire for community residents. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and Wilcoxon Signed Match-paired Rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Research results are the following. First, the main food consumption patterns among patients with CKD were eating sticky rice and freshwater fish without limiting their consumption. The seasoning was pickled fish, salt, and monosodium glutamate. Factors related to the pattern were radio advertisements which convincing patients to consume food and herb, patients' belief. Such belief was that alcohol drinking could wash and clean their kidneys, and they should drink in the Buddhist Lent festival. In the traditional festival, strong-flavored food with seasoning was served. Residents used state welfare card to buy seasoning easily. Second, care model relevant to food consumption culture were the following. Patients were encouraged to preserve the culture of self-cooking and eating rice, fish, and vegetable. This could be done by home visits to enhance vegetable and fruit cultivation, and developed a role model village for renal preservation. Negotiation was done for limiting food consumption and seasoning using education, food wheel innovation, sticky rice box for patients with CKD and friend bonding for renal preservation. A new pattern was organized by stopping alcohol drinking. This was done using home visits with community residents. After using the developed care model, food consumption behavior of patients with CKD was significantly better than before using the developed model ($p<.05$). Community residents were satisfied with the developed care model at a high level.

Keywords: care model, food consumption culture, chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโรคไตเรื้อรังดำเนินเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคไตวายปีละ 13,536 คน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ < 60 ปี)[1] ปัจจุบันแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทั่วโลกมีความชุกร้อยละ 8.00-16.00 ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 17.50 และพบความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 2.90-13.00[2,3] โดยตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบความชุกสูงกว่าประเทศไทยและของทั่วโลก โดย พ.ศ. 2559 มีความชุกร้อยละ 24.14 และ พ.ศ. 2562 ความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.35 การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุด โดยใน พ.ศ. 2559 พบร้อยละ 33.33 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.81 ใน พ.ศ. 2562[4] อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลภูดินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูล พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 8.93, 5.88, 13.95 และ 30.23 ตามลำดับ[5] ปัญหาโรคไตเรื้อรังจึงเป็นปัญหาที่สำคัญต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต ซึ่งการรับประทานอาหารถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการชะลอการเสื่อมลงของไตและช่วยยืดระยะเวลาการรักษาแบบบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตรื้อรังได้

วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอิทธิพลต่อคนไทยค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทส้มตำได้มีการรับประทานกันอย่างแพร่หลายทั่วประเทศไทย การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร จึงมีความจำเป็นที่ต้องเริ่มปรับเปลี่ยนจากต้นกำเนิดของความเชื่อด้านวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของประชาชนไทย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังจากการรับประทานอาหารรสเค็ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง แม้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเป็นภาคที่มีความชุกของโรคไตเรื้อรังเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศไทย (รองจากกรุงเทพ ฯ ที่พบร้อยละ 23.90)[1] แต่ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการรับประทานปลาร้าหรือปลาแดก ซึ่งถือว่าเป็นอาหารหลักและเป็นเครื่องปรุงรสที่สำคัญที่สุดจนถือเป็นหนึ่งในจิตวิญญาณห้าของความเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ ข้าวเหนียว ลาบ ส้มตำ หมอลำ และปลาร้า[6,7] ปลาร้าจึงเป็นเอกลักษณ์ที่คนทั่วประเทศรู้จัก ซึ่งปลาร้ามีเกลือมากและมีรสเค็ม นอกจากนี้ประชาชนยังนิยมรับประทานอาหารที่แปรรูปจากปลาร้า เช่น ปลาร้าต้มทรงเครื่อง ปลาแดกบอง/แจ่วบอง/ปลาร้าบอง ปลาร้าทอด/ย่างทรงเครื่อง เป็นต้น ซึ่งการทำปลาร้าต้มทรงเครื่อง ปลาร้าบอง ปลาร้าทอดทรงเครื่อง ยังมีการใช้เครื่องปรุงรสเพื่อเพิ่มรสชาติกลมกล่อมด้วยการเติมกะปิ น้ำปลา น้ำกระเทียมดอง น้ำตาล ผงชูรสและผงปรุงรส จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

จังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะเขื่อนลำปาวที่มีปลาน้ำจืดจำนวนมาก ประชาชนจึงมีการหมักปลาร้าไว้รับประทานในครัวเรือน ทั้งเพื่อจำหน่ายและส่งออกขายทั่วประเทศไทย โดยแหล่งผลิตปลาร้าที่มีชื่อเสียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี ขอนแก่น และนครราชสีมา[8] สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้มีการยกระดับมาตรฐานการผลิตปลาร้าที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยให้ได้มาตรฐานสากล จึงกำหนดเกณฑ์คุณภาพ ได้แก่ ลักษณะทั่วไป สี กลิ่น และรสชาติ ทั้งยังกำหนดปริมาณเกลือ (โซเดียมคลอไรด์) ในปลาร้าต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 18 โดยน้ำหนัก ซึ่งเป็นปริมาณที่สามารถยับยั้งการเจริญของจุลินทรีย์ก่อโรคได้[9] ทำให้ปลาร้ามีเกลือในปริมาณสูงและเป็นอาหารพื้นฐานที่มีการรับประทานกันเป็นปกติและฝังรากลึกจนเป็นวัฒนธรรมหลักของประเทศไทย[7] นอกจากนี้ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ประชาชนได้รับข้อมูลการใช้เครื่องปรุงรสจากการโฆษณาทางสื่อต่าง ๆ ทำให้ประชาชนรับประทานเครื่องปรุงรสเพิ่มมากขึ้น และสามารถเข้าถึงเครื่องปรุงรสได้ง่ายยิ่งขึ้น อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ ประชาชนตำบลภูดินประกอบอาชีพเกษตรกรรม มันสำปะหลังเป็นพืช

เศรษฐกิจที่สำคัญของท้องถิ่น ซึ่งประชาชนเชื่อว่ามันสำปะหลังเป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตผงชูรส จึงจำเป็นต้องรับประทานผงชูรสในปริมาณมากเพื่อกระตุ้นราคามันสำปะหลังให้สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังเข้าถึงการรับประทานอาหารรสเค็มได้ง่าย ซึ่งส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังในตำบลภูดินเพิ่มมากขึ้นทุกปี[5]

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับประทานเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเชื่อมโยงกับวิถีการรับประทานอาหารของครอบครัวและชุมชน ประชาชนมีการรับประทานอาหารเหมือนกันถือเป็นวัฒนธรรมของชุมชน[10] การศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมในชุมชน พบว่า การไปร่วมงานบุญ งานศพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับประทานอาหารที่เติมผงชูรสมากกว่าการรับประทานอาหารในครอบครัว[11] จากการใช้ชีวิตของประชาชนและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารในพื้นที่ ส่วนใหญ่ประชาชนประกอบอาหารรับประทานเองภายในครอบครัวและมีการเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหารทุกครั้ง หากไม่ได้เติมเครื่องปรุงรสจะทำให้รสชาติของอาหารไม่อร่อยและไม่ถูกปากคนในครอบครัว เครื่องปรุงรสที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ ปลาร้า น้ำปลา เกลือ ผงชูรสหรือผงปรุงรสและซอสปรุงรส ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้การปรุงอาหารแยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นเรื่องยุ่งยากและเป็นภาระของผู้ดูแล ดังนั้นจึงไม่มีการแยกอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่แตกต่างจากประชาชนทั่วไปในชุมชน ส่วนใหญ่หลังการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารตามคู่มือ/ตำราการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไป แต่การรับประทานอาหารที่มีในตำราสากล/คู่มือโรคไตเรื้อรังอื่น ๆ ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีในท้องถิ่น จึงยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน[5]

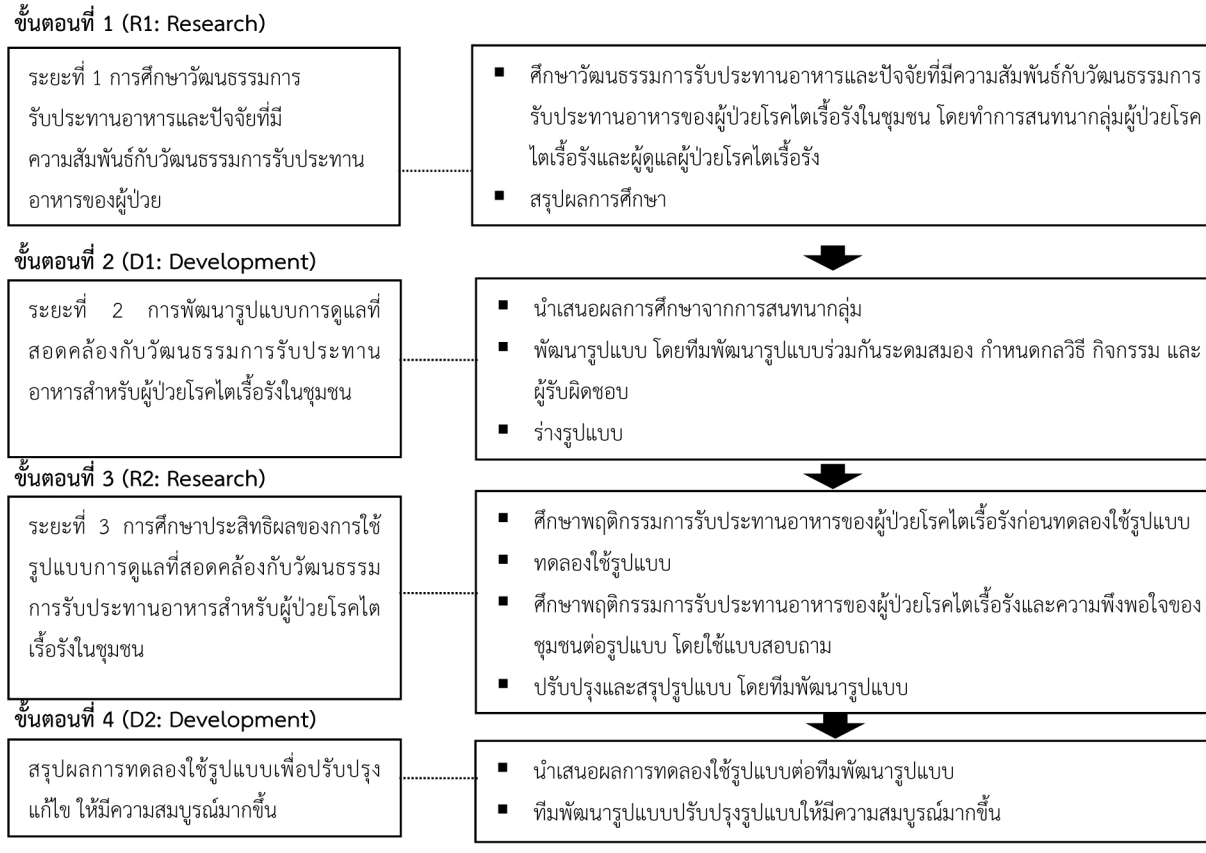
การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลของ Leininger[12] โดยแนวคิดทฤษฎีนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินตามกระบวนวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล (Theory of culture care diversity and universality) ของ Leininger[12] ประกอบด้วย 1) การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงการดูแลทางวัฒนธรรม 2) การปรองดองและ/หรือการต่อรองการดูแลทางวัฒนธรรม และ 3) การจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ของการดูแลเชิงวัฒนธรรม มาใช้ในศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้น



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 94 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 94 คน อาศัยในตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในทุกหมู่บ้านตำบลภูดิน จำนวน 15 คน โดยสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) และผู้ดูแลหลักถูกเลือกตามกลุ่มผู้ป่วยที่จับฉลากได้ จำนวน 12 คน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประชากรเป็น 1) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 4 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 106 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 54 คน 4) ผู้ประกอบการร้านอาหาร จำนวน 102 คน และ 5) กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 168 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหลวง จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการร้านอาหาร และกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มละ 2 คน รวม 12 คน โดยสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายจากประชากรแต่ละกลุ่มและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พื้นที่ที่ศึกษาถูกคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นบ้านสว่าง หมู่ที่ 1 ตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรเป็น 1) ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน

283 คน อาศัยในบ้านสว่าง และกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน จำนวน 80 คน ที่อาศัยในบ้านสว่างอย่างน้อย 1 ปี โดยสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 24 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 คน ที่อาศัยในบ้านสว่างอย่างน้อย 1 ปี ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก 2) แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน และ 5) เทปบันทึกเสียง

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก และการระดมสมองของทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย นวัตกรรมวงล้ออาหารรักษ์ไต กระติบข้าวรักษ์ไต บทความความรู้ภาษาอีสานเรื่องโรคไตเรื้อรังและการรับประทานอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ค่า (content validity index: CVI) เท่ากับ .80-1.00 และ ค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ .98 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าความเที่ยงแบบสอบถามพฤติกรรมได้เท่ากับ .92 และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (เลขที่ KLS-REC014/2562) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก จำนวน 27 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยผู้วิจัยใช้แนวระดมสมองที่สร้างขึ้นเองจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลของ Leininger[12] มาใช้ในการระดมสมอง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง มีทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 12 คน โดยครั้งที่ 1 เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้คำตอบจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก เรื่องแบบแผนการรับประทานอาหาร 5 หมู่และเครื่องปรุงรส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมพัฒนารูปแบบนำมาจัดเป็นการอนุรักษ์และ/หรือการดำรงการดูแลทางวัฒนธรรม การปรองดองและ/หรือการต่อรองการดูแลทางวัฒนธรรม และการจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ของการดูแลเชิงวัฒนธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปคำตอบเป็นประเด็นและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและร่างเป็นรูปแบบ เพื่อนำเสนอต่อทีมพัฒนารูปแบบในการระดมสมองครั้งที่ 2 ก่อนนำรูปแบบที่สรุปได้ไปสอบถามความพึงพอใจในระยะที่ 3 หลังจากนั้นจึงนำคำตอบที่ได้มาสรุปเป็นรูปแบบในการระดมสมองครั้งที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจำแนกชนิดข้อมูล ส่วนข้อมูลทั่วไปและผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ

Wilcoxon Signed Match-paired Rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) การปรุงอาหารรับประทานเองและบุตรปรุงให้ (2) รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ โดยอาหารหลักรับประทานข้าวเหนียวและปลาน้ำจืด ไม่จำกัดปริมาณ ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยหญิง, 67 ปี) *"...กินปลาเชื่อนกับข้าวเหนียวจกกินจากกระติบข้าวเลย บ่เคยก๋าปริมาณจักเทื่อ กินจนอิ่ม..."* (3) ทราบอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ ปลา ไข่ต้ม/ไข่ขาว ผัก ข้าวสวย และเนื้อหมู (4) ทราบอาหารที่มีโทษต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารรสเค็ม เกลือ น้ำปลา ผงชูรส รสดี ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยหญิง, 64 ปี) *"...อาหารที่ทำลายไตกะคืออาหารเค็ม เกลือ น้ำปลา ผงชูรสกับรสดีนั่นหละ.."* แต่ผู้ป่วยทุกคนไม่สามารถเลิกรับประทานเครื่องปรุงรสอาหารได้ ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 69 ปี) *"...ฮู้ครับ แต่เฮ็ดนำหมอบ่ได้ แนวกินมันจืดโพด กินบ่ได้ กะบ่มีภูมิต้านทานโรค กะป่วยตายท้อนแหล่วครับ..."* (ผู้ป่วยชาย, 64 ปี) *"...เครื่องปรุงทุกแนวเกี่ยวกับไตครับ มันบ่ดีต่อไต แต่เฮ็ดนำหมอบอกบ่ได้ มันกินบ่ได้ กินหมดสูแนว..."* (ผู้ป่วยหญิง, 71 ปี) *"...ฮู้..แต่บใส่มันกินบ่ได้ดอกหมอ อย่างน้อยกะซิด ปลาแดก น้ำปลา ผงชูรสลงจักหน่อย ถ้าซั่นกะกินบ่แซบ ถ้ากินบ่แซบกะป่วยตายพอดี..."* (5) อาหารประจำงานประเพณีที่สำคัญ ได้แก่ ลาบวัว/หมู ก้อยวัว/หมู ต้มปลานิล ขนมจีนน้ำยา และข้าวเหนียว (6) การรับประทานเครื่องปรุงรส โดยไม่จำกัดปริมาณ และเครื่องปรุงรสที่ใช้ประจำ ได้แก่ ปลาร้า เกลือ น้ำตาล ผงชูรส ซอสปรุงรส ซีอิ้ว ผงปรุงรส ซุปก้อน มีการซื้อเครื่องปรุงรสเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐซื้อสินค้า และทุกคนจะเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหารทุกชนิดเพื่อให้อาหารมีรสชาติอร่อย ดังคำกล่าว (ผู้ดูแลหญิง, 46 ปี) *"...บ่ใส่เครื่องปรุง บ่กิน แถมจ่มให้ลูกนำ เงินรูดบัตรคือมีอยู่ สูคือบ่รูดผงชูรส มาใส่แนวกินให้พ่อ [ผู้ป่วย] กินแน แม่นสูสิแพงไว้หยั่ง..."* และส่วนใหญ่จะปรุงรสอาหารด้วยปลาร้า เกลือ ผงชูรส ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 74 ปี) *"...ใส่เครื่องปรุงหมดทุกอย่าง ปลาแดก เกลือ น้ำปลา ผงชูรส ถ้าบใส่ กินบ่ได้ มันบ่แซบ มันบ่มีแฮง มันเมื่อย..."*

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนมีเครื่องมือสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ วิทยุ โทรทัศน์ และบางคนมีคอมพิวเตอร์ มีอินเตอร์ประชารัฐไว้บริการประชาชน ณ ศาลากลางบ้าน มีหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน และมีหอกระจายข่าวแบบไร้สายของเทศบาลตำบลภูดิน

(2) ปัจจัยด้านศาสนาและปรัชญา ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และมีความเชื่อ "การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว" สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คือการไปทำบุญตักบาตรที่วัด และถือศีลนุ่งขาว ห่มขาว ในวันพระช่วงเทศกาลเข้าพรรษา

(3) ปัจจัยด้านระบบเครือญาติและสังคม บุคคลที่มีบทบาทหรือมีอิทธิพลต่อวิถีปฏิบัติในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ แพทย์ ภรรยา/สามี บุตร

(4) ปัจจัยด้านค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปร่วมงานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน และร่วมรับประทานอาหารในงานประเพณี เนื่องจากเกรงใจเจ้าภาพ และต้องการรับประทานยาให้ตรงเวลา อาหารในงานประเพณีมีรสชาติจัด (เผ็ด เค็ม หวาน มัน) เพื่อเน้นรสชาติอร่อย อาหารประจำถิ่นในงานประเพณีที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวเหนียว ข้าวสวย ข้าวต้มมัด ขนมจีนน้ำยา ลาบเนื้อ/ก้อยเนื้อดิบ ก้อยเนื้อสุก ต้มเนื้อ แกงจืด ส้มตำ ซุบหน่อไม้ ซุบขนุน และปลานิลทอด/ต้ม/นึ่ง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และน้ำอัดลม ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 64 ปี) *"...แม่ครัวย่านแต่บ่แซบ ต้องเน้นแซบเน้นนัว อาหารรสจัด..."* ดังคำกล่าว (ผู้ดูแลชาย, 40 ปี) *"...แม่ครัวย่านบ่แซบกะเทผงชูรสลงไปหลาย ๆ ใส่หลาย แซบหลายครับ..."* ส่วนวัฒนธรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ห้ามรับประทานผักรสฝาด รสขม เช่น ผักเม็ก ผักกระโดน ผักสะเดา ลูกจันทน์ มะเฟือง เป็นต้น ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 64 ปี) *"...ตั้งแต่เกิดมาพ่อแม่เพิ่นพากล่าวมาและยึดถือว่า สูอย่าไปกินของฝาด มันผิดไต พวกผักเม็ก ผักกระโดน..."* และห้ามรับประทานยาสมุนไพร (ยาต้ม) ยาชุด ยาฝุ่น ยาลูกกลอน ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 63 ปี) *"...ที่ผมป่วยเป็นโรคไตอยู่ทุกมื้อนี้ กะย้อนผมซื้อยาสมุนไพร*

สาหร่ายแดงมากิน ตามที่เขาโฆษณาทางวิทยุนั่นละครับ กินหมดไป 6 ขวด ไตผมจะหมดไปนำจนถึงซุมื้อนี้ละครับ...” แต่มีความเชื่อว่าการดื่มสุรา/เบียร์จะช่วยล้างไตให้สะอาด ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 64 ปี) *“...กินเหล้ามันซอย ล้างไต เฮ็ดให้ไตเฮาสะอาด ดีคักแม่นเหล้าขาว...”* และบางคนจะดื่มสุราช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 63 ปี) *“...พวกผมจะพากันกินเหล้าตอนเข้าพรรษาครับ เพราะว่าได้กินเหล้าแค่ 3 เดือน นอกนั้นอีก 9 เดือนขะลำเอาครับ...”*

(5) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย ตำบลภูดินไม่มีข้อบังคับ กฎเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร แต่หากมีข้อบังคับ กฎเกณฑ์ ทุกคนยินดีปฏิบัติ

(6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีรายได้จากการกรีดยางพารา ขายน้ำยางพารา ขายมันสำปะหลัง ขายอ้อย ขายข้าว รับจ้างทั่วไป ประมงน้ำจืด และโฮมสเตย์ มีการซื้อสินค้าอุปโภค บริโภคผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ดังคำกล่าว (ผู้ดูแลชาย, 64 ปี) *“...มีบัตรประชารัฐกะดี พอได้ซื้อกาแฟแน ผงชูรส น้ำปลา ไข่ นม ของใช้ในเฮือนทุกแนว...”* ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้เหลือเพียงพอต่อการซื้ออาหารตามความต้องการ มีความเชื่อว่าการมีเศรษฐกิจดี ทำให้มีการกินดีอยู่ดี แต่หากมีโรคประจำตัว เช่น โรคไตเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานอาหารตามใจชอบ เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเอง

(7) ปัจจัยด้านการศึกษา ยังไม่มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ เจตคติ และความประพฤติในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมของชุมชน

(8) ปัจจัยด้านภาษาและความเป็นมาของชาติพันธุ์ มีขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารในชุมชน ได้แก่ การรับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว อาหารประจำถิ่น ได้แก่ ข้าวเหนียว ส้มตำ ปลานิลเผา ขนมจีนน้ำยา ลาบดิบ ก้อยสุกที่ปรุงรสด้วยปลาร้า น้ำปลา เกลือ และผงชูรส ดังคำกล่าว (ผู้ดูแลชาย, 40 ปี) *“...คนบ้านเฮากะต้องกินข้าวเหนียว เฮ็ดแนวกินกะต้องใส่ปลาแดก น้ำปลา ใส่ผงชูรส มันจั่งแซบ มันจั่งนัว...”*

(9) ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน คือ หากต้องการให้เจ้าภาพทำอาหารแยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะเป็นงานของส่วนรวมและเกรงใจเจ้าภาพ ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยชาย, 60 ปี) *“...ถ้าเฮาไปงานบุญ งานประเพณี เว้าเรื่องกับข้าวเกี่ยวกับโรคไตบ่ได้ดอก เพราะมันเป็นงานส่วนรวม เกรงใจเจ้าภาพ สิมายากแต่นำคนป่วย...”* เช่นเดียวกันหากไปรับประทานอาหารในร้านอาหาร หากต้องการสั่งอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส ร้านค้าจะปฏิเสธลูกค้าทันที โดยแม่ค้าให้เหตุผลว่าจะทำให้ร้านเสียชื่อ จากไม่อร่อย ดังคำกล่าว (ผู้ป่วยหญิง, 71 ปี) *“...บ่ขายให้ดอกจ้ายาย แนวกินบ่ใส่ผงชูรส หนูเฮ็ดบ่เป็น ย่านมันบ่แซบ มันสิเสียชื่อแม่ค้า...”*

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 1) การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงรักษาไว้ ได้แก่ การส่งเสริมวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ดี โดยการออกติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมการปลูกพืชผัก/ผลไม้ตามฤดูกาล การยกย่องเชิดชูบุคคลต้นแบบและสร้างหมู่บ้านรักษ์ไต 2) การปรองดองและ/หรือการต่อรอง ได้แก่ กิจกรรมที่จะทำให้มีวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ดี ประกอบด้วย การประชุมชี้แจง การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อสม.เดินประชาสัมพันธ์และรับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านรักษ์ไต ติดป้ายประชาสัมพันธ์รณรงค์ในงานประเพณีในหมู่บ้านเรื่องการรับประทานอาหารรักษ์ไต (ลดรสเค็ม หวาน มัน) การมอบป้ายร้านอาหารรักษ์ไตแก่ร้านอาหารตามสั่ง การจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการและสาธิตการประกอบอาหารพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างทักษะอาหารหลัก 5 หมู่ และเครื่องปรุงอาหาร ประกอบด้วยเรื่องแบบแผนการรับประทานอาหาร ปริมาณ/สัดส่วนที่รับประทานในแต่ละวัน การใช้ภาพบัตรคำ แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล อสม. กลุ่มแม่บ้าน และร้านอาหารตามสั่ง จัดทำบทความความรู้ภาษาอีสานเรื่องโรคไตเรื้อรังเพื่อเปิดทางหอกระจายข่าวบ้านสว่างและทางหอกระจายข่าวแบบไร้สายเทศบาลตำบลภูดิน การสร้างนวัตกรรมวงล้ออาหารรักษ์ไตเพื่อช่วยกระตุ้นเตือน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=15)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	Mean	SD	Z	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	3.36	0.25	-3.408	.001*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.14	0.39		

ความจำ และเป็นแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารตามระยะของโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และกระติบข้าวรักษ์ไตเพื่อจำกัดปริมาณการรับประทานข้าวเหนียวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสม โดยจักสานกระติบข้าวขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง x ลึก เท่ากับ 7 x 6 เซนติเมตร ซึ่งสามารถบรรจุข้าวเหนียวได้ประมาณ 2 ทัพพี (ให้พลังงาน 320 กิโลแคลอรี) การสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (เสี่ยว) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยบุคคลต้นแบบรักษ์ไต การสาธิตการตรวจวัดปริมาณโซเดียม (เกลือ) ในอาหาร การออกตรวจวัดปริมาณโซเดียมในร้านอาหารตามสั่งและงานประเพณีในชุมชน การประเมินผลพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อการดำเนินการตามรูปแบบ และ 3) การจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ ได้แก่ การสร้างรูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน การสร้างความตระหนักเรื่องโทษของสุราและบุหรี่แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดื่มสุรา/สูบบุหรี่ โดยสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากวัฒนธรรมการผูกเสี่ยวรักษ์ไต เพื่อช่วยเหลือเพื่อนให้เลิกดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และการมอบใบประกาศเกียรติบัตรบุคคลต้นแบบรักษ์ไตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1 และประชาชนมีความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก (Mean = 4.46, SD. = .36)

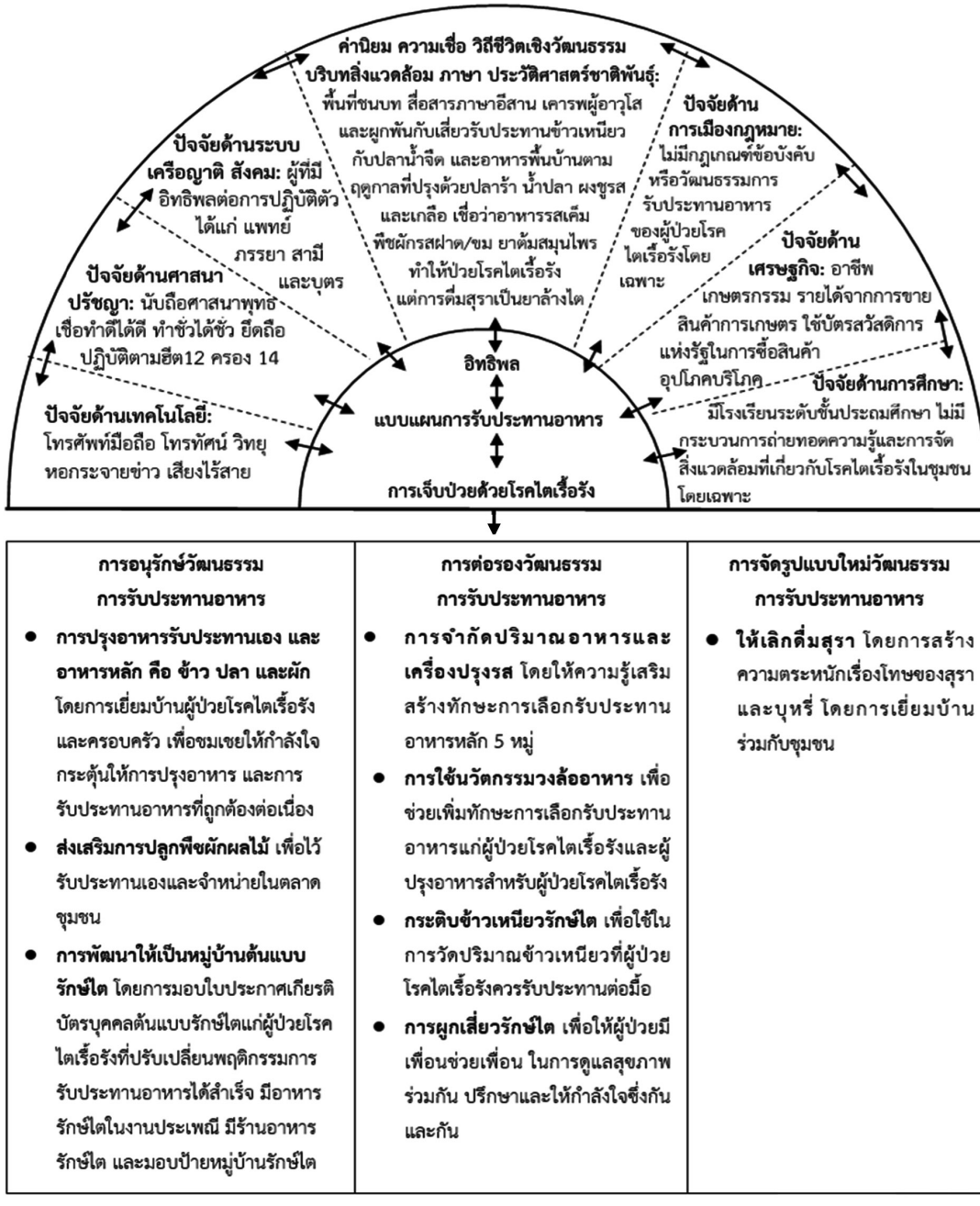
จากการศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ดังภาพที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ควรให้การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงรักษาไว้ คือ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการปรุงอาหารรับประทานเอง[10]หรือคนในครอบครัวปรุงอาหารให้ ไม่สอดคล้องกับ Monklang[13] พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่มีเวลาปรุงอาหารรับประทานเอง 2) การรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก[14] โดยร่วมกันจกข้าวเหนียวจากกระติบข้าว 3) การรับประทานปลาน้ำจืดเป็นอาหารหลัก ไม่สอดคล้องกับ Monklang[13] พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่รับประทานปลาเนื่องจากปลามีกลิ่นคาว 4) การรับประทานผักลวกหรือผักนึ่งเป็นประจำทุกวัน ไม่สอดคล้องกับ Monklang[13] พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับประทานผักน้อย

1.2 วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ควรมีการปรองดองและ/หรือการต่อรอง คือ 1) การรับประทานข้าวเหนียว โดยไม่จำกัดปริมาณ โดยร่วมกันจกข้าวเหนียวจากกระติบข้าว จึงเป็นวัฒนธรรมที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง[14] 2) การรับประทานอาหารที่ปรุงรสด้วย



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ปลาร้า เกลือ ผงชูรส[10] จนเกิดความเคยชิน หากไม่ใช้เครื่องปรุงรสจะทำให้รสชาติของอาหารไม่อร่อย ไม่ถูกปากคนรับประทาน และส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 57.60[18] และการควบคุมการรับประทานอาหารให้มีรสชาติจืดทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีการรับประทานผงชูรสตามโฆษณาและตามบรรพบุรุษ[11] ดังคำกล่าว (ผู้ป่วย, 60 ปี) *"...แป้งหวาน ในโฆษณาในโทรทัศน์ เห็นบอกทำมาจากมันสำปะหลัง ทำไม่กินไม่ได้ล่ะ เวลาใส่แล้วทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย กินมาตั้งนานแล้วคงไม่เป็นอะไรมากหรอก...."* และคำกล่าว (ผู้ป่วย, 69 ปี) *"...ถ้าไม่ได้ใส่แป้งหวาน หรือว่ารสดี กับข้าวมันไม่หรอย กินไม่ค่อยได้ มันจืดแรง..."* 3) อาหารงานประเพณีมีรสจัด

เน้นรสชาติอร่อย และใช้เครื่องปรุงรสไม่จำกัดปริมาณ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและชุมชนรับประทานอาหารเหมือนกัน ถือเป็นวัฒนธรรมของชุมชน[10,11] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมทางสังคมของชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า *"...งานบุญ ส้มตำไม่ขาด (ใส่ปลาร้า) น้ำยาขนมจีนก็ใส่น้ำปลา ไม่มีงานบุญก็ทำกินบ้าง น้ำยาลาวก็ใส่ปลาร้าปรุงให้อร่อย นัว..."* หรือข้อมูลที่กล่าวว่า *"...เวลาไปงานบุญแม่ครัวก็ใช้ผงชูรสปรุงนะ กินกันทั้งหมู่บ้านเลย ทั้งงานวัด งานแต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ ขนมจีน อาหารในงาน ใส่หมดทั้งผงปรุง น้ำซอส น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ใส่ทุกอย่างที่ทำให้อร่อย..."* และคำกล่าว (ผู้ป่วย, 78 ปี) *" ...ในงานศพ งานบวช ใส่หมดผงชูรส ตักใส่ทีเป็นช้อน ๆ แต่ก็กิน..."* 4) การรับประทานอาหารในงานประเพณีเพราะความเกรงใจเจ้าภาพ[15] โดยมีความเชื่อว่าหากไปร่วมงานประเพณีแล้วไม่ร่วมรับประทานอาหารจะเป็นการไม่ให้เกียรติเจ้าภาพ และหากผู้ป่วยทำตัวแตกต่างจากบุคคลรอบข้างในเรื่องการรับประทานอาหารจะเป็นการเพิ่มภาระ[10,11] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมทางสังคมของชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง *"..เวลาไปงานบุญ แม่ครัวก็ใช้ผงชูรสปรุงนะ กินกันทั้งหมู่บ้านเลย ทั้งงานวัด งานแต่ง งานขึ้นบ้านใหม่ ขนมจีน อาหารในงาน ใส่หมด ทั้งผงปรุง น้ำซอส น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ใส่ทุกอย่างที่ทำให้อร่อย..."*

1.3 วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ คือ ความเชื่อว่าการดื่มสุราขาวทำให้ไตสะอาด โดยเฉพาะในประชาชนเพศชายที่ใช้แรงงาน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และทำประมง ล้วนเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานหนัก มีการดื่มสุราร่วมกัน โดยมีความเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยการเจริญอาหาร และช่วยล้างไตให้สะอาดหลังจากไตทำงานหนักทั้งวัน สอดคล้องกับ Monklang[13] พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังมีจุดอ่อนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการป้องกันโรคเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง คือการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวคิดของไลนิงเจอร์ พบปัจจัยที่เด่น ได้แก่ ปัจจัยด้านเทคโนโลยี และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การโฆษณาชวนเชื่อทางวิทยุให้รับประทานยาสมุนไพรสาหร่ายแดงและสมุนไพรรากไม้ชนิดต้ม โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยากหายจากการเจ็บป่วยจึงแสวงหายาสมุนไพรมารับประทานเอง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์ให้มีการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน ประชาชนและผู้ป่วยจึงมีความเชื่อว่าการรับประทานยาสมุนไพรดีกว่ายาแผนปัจจุบัน จึงได้แสวงหามาสมุนไพรมารับประทานเพื่อรักษาโรคไตเรื้อรังและโรคต่าง ๆ แต่การรับประทานยาสมุนไพรที่ไม่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการอาหารและยา มีโทษต่อไตและทำให้โรคไตเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Tangkiatkumjai[16] พบว่า ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมใช้เอง ควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม ประชาชนใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐซื้ออาหารและเครื่องปรุงรสได้มากขึ้น โดยประชาชนบริโภคสินค้าตามสื่อโฆษณา จึงใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐซื้ออาหารและเครื่องปรุงรสมารับประทาน เพื่อต้องการรับประทานอาหารอร่อย โดยขาดความรู้เรื่องการบริโภคเกลือ (โซเดียม)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

2.1 การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงรักษาไว้ มีการส่งเสริมวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ดีตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้การปรุงอาหารและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 2 วัน จำนวน 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ต่อเนื่องตามระยะของโรคไตเรื้อรัง รวมถึงเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกดื่มสุราและสูบบุหรี่ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ[17,21] และทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ จำนวน 2 คน จากทั้งหมด 3 คน และ 2) การยกย่องเชิดชูบุคคลต้นแบบรักษ์ไตแก่ผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง โดยการมอบใบประกาศเกียรติคุณ และการพัฒนาเป็นหมู่บ้านต้นแบบรักษ์ไต ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก[18] ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

2.2 การปรองดองและ/หรือการต่อรอง มีกิจกรรมที่จะทำให้วัฒนธรรมการรับประทานที่ดีตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) การจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องโรคไตเรื้อรังและการเสริมทักษะการรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ และเครื่องปรุงอาหาร โดยการจัดอบรมให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะการรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ และปริมาณที่รับประทานในแต่ละวัน การสาธิตการปรุงอาหารพื้นบ้านอีสาน และการสาธิตตรวจวัดปริมาณโซเดียม (เกลือ) ในอาหาร การใช้ภาพบัตรคำแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ญาติ อสม. กลุ่มแม่บ้าน และร้านอาหารตามสั่ง ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ[20-22] และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดการรับประทานโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องใช้วิธีการหลากหลาย[23] 2) การสร้างนวัตกรรมวงล้ออาหารรักษ์ไตและกระติบข้าวเหนียวรักษ์ไต เพื่อช่วยเพิ่มทักษะการเลือกรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวได้ทราบปริมาณและสัดส่วนการรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ และเครื่องปรุงอาหารตามระยะของโรคไตเรื้อรัง หลังการใช้นวัตกรรมวงล้ออาหารรักษ์ไตพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ Namdang[24] ที่สร้างนวัตกรรม “วงล้อชะลอไต” เพื่อเป็นสื่อการสอนการคำนวณปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 3) ประเพณีผูกเสี่ยวรักษ์ไตและการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งการผูกเสี่ยว[19] “เสี่ยว” เป็นขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมอีสาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลสุขภาพร่วมกัน ปรึกษาและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และ 4) การมีอาหารรักษ์ไตจำหน่ายในร้านอาหารตามสั่ง และการมีอาหารรักษ์ไตในงานประเพณีต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร[14] จำเป็นต้องศึกษาวัฒนธรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลของ Leininger[12]

2.3 การจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ มีการจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น คือ การเลิกดื่มสุราและการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเชื่อว่าการดื่มสุราขาวช่วยล้างไตให้สะอาดหลังเลิกจากการใช้แรงงาน ตอนเย็นผู้ชายจะดื่มสุราร่วมกัน[13] มีความเชื่อว่าการดื่มสุราช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยร่างกายเจริญอาหาร และช่วยล้างไตให้สะอาด หลังจากไตทำงานหนักทั้งวัน และมีประชาชนบางกลุ่มบอกว่าควรดื่มในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา เนื่องจากช่วงเทศกาลเข้าพรรษาที่มีระยะเวลาน้อยกว่าช่วงออกพรรษา (3 เดือน) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการรณรงค์ของ สสส.ที่ให้งดเหล้าเข้าพรรษา แต่ส่งผลดีต่อสุขภาพที่ดื่มสุราเข้าพรรษา เพราะมีระยะเวลาการดื่มสุราน้อยกว่าจากการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเลิกดื่มสุราได้ จำนวน 2 คน จากทั้งหมด 3 คน และทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สูบบุหรี่ สามารถลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงจากวันละ 5 มวน เหลือวันละ 3 มวน อย่างไรก็ตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องในการเลิก ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว จากการทดลองนี้ใช้รูปแบบเพียง 4 สัปดาห์ พบว่ามีทิศทางไปในทางที่ดี จึงควรติดตามทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาพฤติกรรมดีไว้อย่างยั่งยืน

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและความพึงพอใจของประชาชนในชุมชนต่อรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังใช้รูปแบบดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Chanprakhon[25] พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความพึงพอใจของประชาชนต่อรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ 1) การอนุรักษ์และ/หรือการดำรงรักษาไว้ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดพิธีมอบ

ป้ายหมู่บ้านรักษ์ไตแก่หมู่บ้าน เพื่อเชิดชูการเป็นหมู่บ้านต้นแบบรักษ์ไตตามโครงการหมู่บ้านรักษ์ไต อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ Singhkum[18] พบว่า การเชิดชูครอบครัวต้นแบบโดยการมอบใบประกาศเกียรติบัตรแก่ครอบครัวต้นแบบ 2) การปรองดองและ/หรือการต่อรอง พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกตรวจวัดปริมาณโซเดียมในร้านอาหารตามสั่งในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด เพราะการตรวจวัดปริมาณโซเดียมในร้านอาหารตามสั่ง เป็นสิ่งแปลกใหม่ในชุมชน สามารถบอกปริมาณโซเดียมในอาหารปลอดภัยหรือไม่ เมื่อตรวจพบว่ามีปริมาณโซเดียมในอาหารสูง ทีมพัฒนารูปแบบสามารถให้คำแนะนำแก่ร้านอาหารตามสั่งได้ และร้านอาหารตามสั่งมีการปรับปรุงโดยลดปริมาณโซเดียมลงให้อยู่ในระดับปลอดภัย และ 3) การจัดรูปแบบและโครงสร้างใหม่ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา/สูบบุหรี่ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดความตระหนักและมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วทำให้ผลการทำงานของไตดีขึ้น[17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3. รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลภูดิน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำนวัตกรรมไปใช้ในการประยุกต์ใช้ในการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับมาก แต่เพื่อต้องการให้ตัวแปรเหล่านี้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด จึงควรเพิ่มระยะเวลาของการวิจัยมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนวัฒนธรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

References

1. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study 2009;25(5):1567-75.
2. Bureau of Non Communicable Disease. Manual action to reduce CKD in diabetic patients and hypertension. Nonthaburi: War Veterans Organization Officer of Printing Mill; 2015.
3. Trakarnvanich TH, Sirimongkolchaiyakul O. Manual for people How to not kidney failure. The Nephrology Society of Thailand. Bangkok: bnsadvance; 2016.

4. Health Center Information System Kalasin. Kalasin provincial public health office. significant illness with non-communicable diseases. [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 20]. Available from https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. Report non-communicable diseases. LaoLuang district health promotion hospital, Kalasin province. Summary of chronic non-communicable diseases report, 2019.
6. Thamwat J. Northeastern wisdom. Maha Sarakham: Faculty of Humanities and Social Sciences Project. Maha Sarakham University. 2000.
7. Buahaphakdi A. Pickled fish fermented fish food Identity in the ASEAN Community. Journal Culture 2019;58(2):99-103. (in Thai).
8. Positioning Magazine Online. Pickled fish products: business with annual output of over 20 million baht. [Internet]. 2004 [cited 2019 Apr 20]. Available from https://positioningmag.com/17073.
9. Thaipost.net. Thai fermented fish hit the market, making 800 million a year. [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20]. Available from https://www.thaipost.net/main/detail/7454.
10. Ruaisungnoen W, Saensom D, Methakanjanasak N, Daenseekaew S, Chaiyapoom N, Khanthamoon R, et.al. High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(3):242-50. (in Thai).
11. Prakeetavatin J, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K. The development of a care management model for hypertension patients with chronic kidney disease in a community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(1):1-13. (in Thai).
12. Moolsart S, Nuysri M. Theoretical concepts in nursing care for clients with chronic disease in community in collection of nursing information for chronic disease patients in the community (Unit 3, p 1-52). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2019. (in Thai).
13. Manklang R. Innovation in taking care for patients with chronic kidney disease based on community integration and community participation [doctoral's thesis]. Rajabhat Maha Sarakham University; 2017. (in Thai).
14. Tuptim N, Chanarong K, Patharamutha M, Suklek P, Wiriyasumon S. A study of connection of dining cultures between Phitsanulok and ASEAN. Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences) 2017;(4):47-61. (in Thai).
15. Moolsart S, Potjanamart C, Thaworn N. Management of patient care for chronic non-communicable diseases in multicultural communities along the northern border of Thailand. Journal of Public Health Nursing 2017;31(3):145-62. (in Thai).
16. Tangkiatkumjai M. How to use herbs and supplements to be safe in patients with kidney disease. Faculty of Pharmacy Srinakharinwirot University. [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20]. Available from https://bit.ly/373vIDG

17. Serewiwattana M, Thongtanunam Y, Limakara S. Development of quality care for delaying progression of kidney disease in chronic patients using the chronic care model of a sub-district health promotion hospital. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018;5(1):45-56. (in Thai).
18. Singhkum S. The development of chronic renal failure patient treatment program in community by motivating the coordinator network participation Kaedam district. Mahasarakham Hospital Journal 2016;13(3):92-9. (in Thai).
19. Khottasang S. Nongkungsri hospital help group mellow weave happiness application of tradition bind help group: New perspectives on diabetes care. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2008.
20. Sukdee S, Intarakamhaeng U, Duangchan P. The development of health behavior modification model in non-communicable chronic diseases risk by using participatory approach in knowledge management of the community in Tambon Bangklua, Chachoengsao province. Journal of Health Education 2017;40(1):38-52. (in Thai).
21. Juntachat A, Meepan M, Jabprapai P. The development of the self-management program for diabetes mellitus patients with third stage chronic kidney disease. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2017;7(3):280-91. (in Thai).
22. Chomchuen C. Effects of spouse support on protein consumption behavior, blood urea nitrogen and creatinine of patients with chronic kidney disease. [thesis] Chon Buri: Burapha University. 2013. (in Thai).
23. Meuleman Y, Ten Brinke L, Kwakernaak AJ, Vogt L, Rotmans JI, Bos WJW, et al. Perceived barriers and support strategies for reducing sodium intake in patients with chronic kidney disease: a qualitative study. International Journal of Behavioral Medicine 2015;22(4):530-9.
24. Namdang District Health Promotion Hospital, Chachoengsao Province. “innovation Kidney delay wheel” [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20]. Available from http://www.govesite.com/uploads/201711141629296GZPjVx/20180618032420_1_mP15ctR.pdf
25. Chanprakhon C. Effects of empowerment based self-management support program on self-management Behaviors and Clinical Indicators among patients with diabetic Nephropathy [thesis] Khon Kaen: An Independent Study Report for the Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2013. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทย ในผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จังหวัดพิจิตร

The Effects of Promoting Knee Exercise Program for Pain Relief by Thai Traditional Medicine among the Elderly with Knee Osteoarthritis Symptoms, Phichit Province

Received: Jan 16, 2020
Revised: Mar 13, 2020
Accepted: Mar 19, 2020

ฐิติพร ส่งสังข์ วท.ม. (Thitiporn Songsang, M.Sc.)[1]
ศรัณญา เบญจกุล ปร.ด. (Sarunya Benjakul, Ph.D.)[2]
มณฑา เก่งการพานิช ปร.ด. (Mondha Kengganpanich, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 60-79 ปี และมีอาการข้อเข่าเสื่อมที่มีคะแนนรวมจากการประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ระหว่าง 20-39 คะแนน ร่วมกับมีระดับความปวดข้อเข่าตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) อีกทั้งมีระดับความปวดข้อเข่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าครบตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 47.10 และร้อยละ 0.0, $p<.001$)

ดังนั้น โปรแกรมนี้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าเป็นประจำ และบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม, โปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่า, การแพทย์แผนไทย

[1]*นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
E-mail : yumeya@hotmail.com
[2]*Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
Email: dr.benjakul@gmail.com; sarunya.ben@mahidol.ac.th,
[3] *รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: mondha.ken@mahidol.ac.th*
Mahidol university, Nakhon Pathom, Thailand

Abstract

The quasi-experimental study aimed to examine the effects of promoting knee exercise program for pain relief using Thai traditional medicine. Participants consisted of elderly aged 60-79 years with knee osteoarthritis symptoms at Phichit province. The participants were screened using the Oxford Knee Score with 20-39 score, and pain scale with a cut-off score of 3 or above. Sixty-eight participants were recruited into the study. Then, 34 participants were assigned to the experimental group and 34 to the comparison group. The study was conducted over a period of 12 weeks. Data were collected using interview questionnaire at pre- and post- intervention. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, arithmetic, mean, and standard deviation), and inferential statistics (Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test and Independent t-test).

Results showed that after the intervention, the experimental group reported significantly higher in knowledge of knee osteoarthritis, perception on self-efficacy, and outcome expectancy of knee exercise than baseline, and the comparison group ($p<.001$). Knee pain score of the experimental group was also significantly lower than baseline, and the comparison group ($p<.001$). After considering knee exercise according to a specific criterion, results showed there was a significantly different between groups (47.1% vs 0.0%; $p<.001$). Hence, the program could potentially be used to promote knee exercise regularly among the elderly with knee osteoarthritis symptoms aiming to strengthen muscles around knee and alleviate pain.

Keywords: elderly with osteoarthritis symptoms, promoting knee exercise program, Thai traditional medicine

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงเป็นอันดับที่ 2 ของเอเชีย คือ ร้อยละ 16.9 รองจากประเทศสิงคโปร์ คือร้อยละ 19.50[1] และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทำให้ภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพร่วมไปด้วย[2] จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557[3] พบว่าโรคข้อเสื่อมเป็น 1 ใน 3 ปัญหาด้านสุขภาพ[3] อันดับแรกของผู้สูงอายุ โดยพบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ. 2552[4] เป็นร้อยละ 22.50 ในปี พ.ศ. 2557[3] เนื่องจากความเสื่อมถอยตามวัย โดยเฉพาะข้อเข่าที่รองรับน้ำหนักตัวที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นลงบันได การนั่งส้วม รวมทั้งการทำงาน เป็นต้น[5] ดังนั้น เป้าหมายหลักของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การบรรเทาอาการปวดข้อเข่า การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า ชะลอการดำเนินของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน[6] โดย 1 ใน 3 ของการบำบัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยการใช้ยา และการผ่าตัด นั่นก็คือ การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การลดน้ำหนักเมื่อมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าด้วยกายบริหารเพื่อยืดเหยียดข้อเข่าและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขา[7]

จากผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วย

แบบคัดกรองตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561[8] พบผู้สูงอายุมีภาวะข้อเข่าผิดปกติโดยรวมระดับประเทศร้อยละ 7.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 3 เป็น 1 ใน 3 เขตสุขภาพแรกที่พบผู้สูงอายุมีภาวะข้อเข่าผิดปกติสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 9.40 ซึ่งจังหวัดพิจิตรเป็น 1 ในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 3 ที่คัดกรองพบผู้สูงอายุมีภาวะข้อเข่าผิดปกติ ร้อยละ 5.90 อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาที่ตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นพื้นที่อันดับต้นของจังหวัดพิจิตรที่เป็นชุมชนผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากร้อยละ 20.20 ของประชากรเป็นผู้สูงอายุ และพบผู้สูงอายุ จำนวน 354 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.20 มีภาวะข้อเข่าผิดปกติ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่พบภาวะข้อเข่าผิดปกติเพียงร้อยละ 7.70 กว่า 4 เท่า[9] ขณะเดียวกัน ผลการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของ Oxford โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต.ทะนง[10] ในปีเดียวกันนี้ พบว่าร้อยละ 69.80 ของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ มีข้อบ่งชี้ของอาการโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งยังพบข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดด้วยโรคทางกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.30[11] นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการและวิธีบรรเทาอาการปวดข้อเข่าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อบ่งชี้ของอาการโรคข้อเข่าเสื่อมและมีอาการปวดข้อเข่าเป็นประจำ จำนวน 30 ราย ที่มีอายุระหว่าง 62-78 ปี พบร้อยละ 64.30 บรรเทาปวดด้วยการรับประทานยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว และร้อยละ 25.00 ใช้การบีบนวดด้วยตนเองร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 10.70 ปฏิบัติกายบริหารเพื่อบรรเทาปวด ร้อยละ 53.30 มีประสบการณ์การบริหารร่างกายด้วยตนเองตามที่ตนเองเข้าใจโดยการยืดเหยียดบนที่นอนและแกว่งขาบนเก้าอี้ ซึ่งบรรเทาปวดได้เพียง 1-2 วันและกลับมาปวดซ้ำ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.50 ปฏิบัติกายบริหารดังกล่าวไม่ต่อเนื่อง เมื่อสอบถามความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติกายบริหารเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าแทนการใช้ยาแก้ปวด พบว่าร้อยละ 63.30 เชื่อในผลดีที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติกายบริหารเป็นประจำ แต่ไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.00) ไม่สามารถจำท่ากายบริหารที่เจ้าหน้าที่สอนได้เพราะไม่ได้ฝึกปฏิบัติร่วมด้วยในขณะสอน และยังทำงานอยู่จึงจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อให้อาการปวดทุเลาหรือหายไปโดยเร็ว และร้อยละ 36.7 เชื่อมั่นว่า หากได้รับการแนะนำวิธีปฏิบัติกายบริหารเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าที่ง่ายต่อการจดจำและปฏิบัติ และใช้เวลาไม่นานก็จะนำไปปฏิบัติเป็นประจำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการจัดทำโปรแกรมบรรเทาอาการปวดข้อเข่าส่วนใหญ่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และแนะนำให้ปฏิบัติท่ากายบริหารที่มีหลากหลายวิธี[12-18] ยังพบส่วนน้อยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์[19-21] ประกอบกับสังคมผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง[22] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายนี้สามารถปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยการแพทย์แผนไทยได้เป็นประจำและบรรเทาอาการปวดข้อเข่าโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura ที่เชื่อในความสามารถของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ให้ประสบความสำเร็จนั้นมาจากการรับรู้ในความสามารถของตนเอง[23] มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ กายบริหารท่าฤษีดัดตน 3 ท่า ที่นอกจากเป็นท่ากายบริหารเพื่อคงหรือเพิ่มพิสัยข้อเข่า ยังช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อที่ต้นขาด้านหน้า[24] ผสมผสานการนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และคลายกล้ามเนื้อเรียบ เนื่องจากมีสาร (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) เพื่อรักษาอาการบวม ฟกช้ำ และเคล็ดยอก และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับยาไดโคลฟีแนค[25] อีกทั้งง่ายต่อการใช้ ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่าสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดข้อเข่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทย ให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข่อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า ซึ่งในที่สุด จะเกิดการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า และบรรเทาอาการปวดข้อเข่า

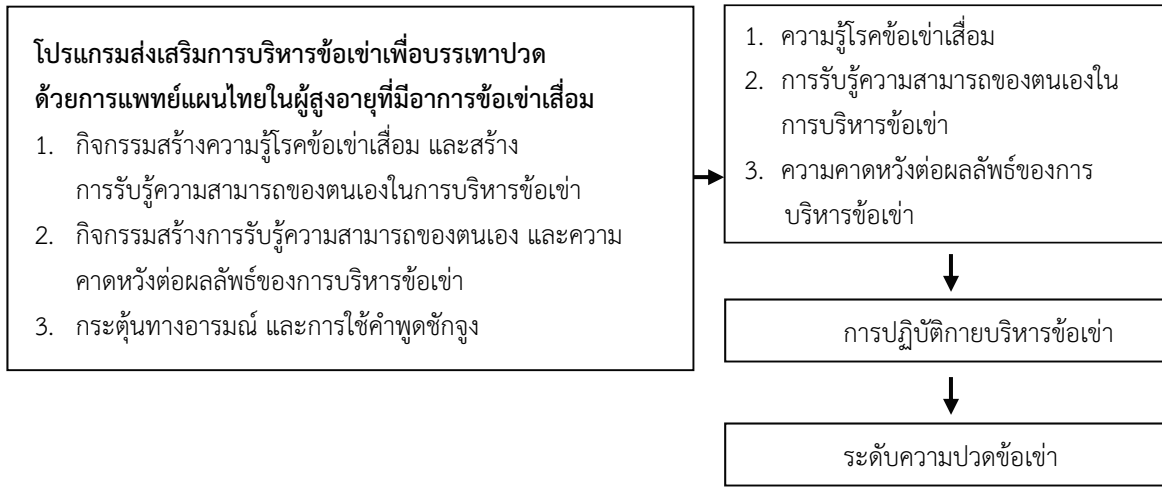
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ซึ่งได้รับการประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนงด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของ Oxford โดยมีผลคะแนนรวม 20 คะแนนขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2561 ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน จำนวน 354 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของ Oxford จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง ในปี พ.ศ. 2561 ที่มีผลคะแนนรวมระหว่าง 20-39 คะแนน และคัดเลือกตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากการคัดเลือกหมู่บ้านด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลาก จำนวน 4 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 11 หมู่บ้าน โดยกำหนดให้ 2 หมู่บ้านแรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 2 หมู่บ้านถัดมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นนำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 หมู่บ้าน มาคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ดังนี้



เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 3) มีระดับความปวดข้อเข่าตั้งแต่ระดับ 3 คะแนนขึ้นไปจากการประเมินความปวดด้วยตนเองในรอบ 7 วันที่ผ่านมา 4) ไม่มีปัญหาการพูดและการมองเห็น 5) ไม่มีอาการแพ้น้ำมันไพลเมื่อสัมผัสหรือได้กลิ่น และ 6) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น 2) มีอาการปวดข้อเข่ามากและอักเสบ จนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากแพทย์ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น หมอพ่น หมอเป่า หมอจัดกระดูก เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของ Vorapongsathorn[26] และแทนค่าสูตรจากการศึกษาของ Poonsuk และคณะ[17] ได้ขนาดตัวอย่าง 19 คนต่อกลุ่ม และป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงปรับขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ Chirawatkul[27] โดยปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 34 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งสิ้น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง 2) แบบสังเกต เพื่อใช้ประเมินทักษะการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าขณะเข้าร่วมกิจกรรมรายกลุ่ม และ 3) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา เช่น วีดิทัศน์ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม โปสเตอร์กายบริหารข้อเข่าท่าฤาษีดัดตน น้ำมันไพล และสมุดบันทึกสุขภาพ เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวบข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 16 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบให้เลือกแบบถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิดหรือไม่แน่ใจ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า จำนวน 13 ข้อ โดยส่วนที่ 3 และ 4 นี้ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ จากมั่นใจมากที่สุด ถึงไม่มั่นใจมากที่สุด และจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน และ 13-65 คะแนน ตามลำดับ ส่วนที่ 5 การปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อเป็นการสอบถามความถี่ของจำนวนวันที่ปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าในรอบ 7 วันที่ผ่านมา จำแนกรายท่า รวมทั้งสิ้น 3 ท่า และจำนวนวันที่นวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ (0 วัน) ถึงปฏิบัติตั้งแต่ 1-7 วัน และส่วนที่ 6 แบบวัดระดับความปวดข้อเข่าในรอบ 7 วันที่ผ่านมา รวม 3 ช่วงเวลา ประกอบด้วย 1) หลังตื่นนอนตอนเช้า 2) ระหว่างวันในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น 4 อิริยาบถ ได้แก่ ยืน เดินทางพื้นราบ ก้าวเดินในทางต่างระดับ และนั่งพับเพียบและนั่งยองๆ และ 3) ก่อนนอน ประเมินด้วยแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) แบบเขียน (Written) มีค่าตั้งแต่ไม่ปวด (0 คะแนน)-ปวดมากที่สุด (10 คะแนน) ร่วมกับแบบมาตราส่วนประมาณค่าด้วยภาพใบหน้า (Facial pain rating scale) ซึ่งตำแหน่งของระดับความปวดที่เป็นเลขคู่ ได้แก่ 0, 2, 4, 6, 8 และ 10 มีภาพใบหน้าแสดงความเจ็บปวดระดับต่าง ๆ กำกับอยู่ทั้งหมด 6 ภาพใบหน้า ตั้งแต่ภาพใบหน้ายิ้ม หมายถึง “ไม่ปวด-จนถึงใบหน้าร้องไห้ริมฝีปากคว่ำ หมายถึง “ปวดมากที่สุด” คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พร้อมวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level content validity index: S-CVI) สำหรับแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ความรู้โรคข้อเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า มีค่าเท่ากับ 0.91, 0.94 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้น จึงนำแบบ

สัมภาษณ์นี้ ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 37 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) สำหรับแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 และสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) สำหรับแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่าเท่ากับ 0.785, 0.841 และ 0.918 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2019-061 เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขออนุญาตทำการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง 2) ประสานงานผู้ใหญ่บ้านตำบลทะนง เพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ศูนย์สุขภาพประจำหมู่บ้านในการจัดกิจกรรม 3) ประสานงานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของ รพ.สต.ทะนง เพื่อขอบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุสำหรับนำมาคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน โดยมีคุณสมบัติ เป็น อสม. ที่อาศัยอยู่ในตำบลทะนง มีประสบการณ์การทำงานด้านงานธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี และมีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ พร้อมจัดอบรมเพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยการแพทย์แผนไทยและกระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ครั้ง และ 5) ผู้วิจัยลงพื้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 3 วันก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 พร้อมนัดหมาย วันเวลา และสถานที่เข้าร่วมกิจกรรม

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2562 ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม 3 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ณ ศูนย์สุขภาพประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่/ระยะเวลา	กิจกรรมการเรียนรู้และเนื้อหา
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที ดำเนินการโดยผู้วิจัย	- กิจกรรม " รู้เขา รู้เรา" เพื่อสร้างความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยการบรรยายประกอบสื่อ - กิจกรรม "สูงวัยใส่ใจเข่า" เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และฝึกทักษะกายบริหารข้อเข่า ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิต (Live model) ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมฝึกทักษะกายบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตน 3 ท่า ได้แก่ 1) ท่าแก้กล่อน และแก้เข่าขัด 2) ท่าดำรงกายอายุยืน 3) ท่าดัดตนแก้ไหล่ขา และเข่าขัด (ท่านางแบบ) และนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพล - กิจกรรม "เข่าเราต้องดี" เพื่อแจกสมุดบันทึกสุขภาพและสอนวิธีบันทึกข้อมูล โดยสมุดบันทึกนี้มีลักษณะเป็นปฏิทินตั้งโต๊ะแบบภาพพลิกแสดงข้อความทั้ง 2 ด้าน โดยด้านแรกใช้สำหรับการบันทึกด้วยการทำเครื่องหมายกากบาทลงบนช่องสี่เหลี่ยมตามวันที่ได้ปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า และด้านที่ 2 แสดงข้อความและภาพความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับการอ่านทบทวนด้วยตนเอง พร้อมแจกโปสเตอร์กายบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนที่มีรูปประกอบเป็นตัวแบบในพื้นที่ที่คล้ายกับตัวอย่าง และน้ำมันไพล จำนวน 5 ขวด

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

สัปดาห์ที่/ระยะเวลา	กิจกรรมการเรียนรู้และเนื้อหา
สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินการโดยผู้วิจัย	- กิจกรรม “บอกเล่าว่าเราทำได้” เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบที่เป็นสมาชิกกลุ่มซึ่งประสบความสำเร็จในการบรรเทาปวดข้อเข่าจากการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย - กิจกรรม “ทำแล้วดีอย่างไร” เพื่อสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่าด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มในประเด็นผลดีและผลเสียของการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า และวิธีจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ความคิดเห็นในกลุ่ม พร้อมกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ
สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินการโดยผู้วิจัย	- กิจกรรม “ก้าวย่างอย่างมั่นคง” เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า ด้วยจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า รวมทั้งสิ้น 4 คน โดย 1 คน เป็นตัวแบบที่มีชีวิต (Live Model) ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนอีก 3 คน เป็นตัวแบบจากสมาชิกกลุ่ม โดย 2 ใน 3 ของตัวแบบจากสมาชิกกลุ่มนี้ เป็นตัวแบบจากกิจกรรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 5 และอีก 1 คน เป็นตัวแบบจากกิจกรรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 9 ซึ่งมีหัวข้อเสวนา ได้แก่ ผลลัพธ์การบรรเทาปวดข้อเข่าจากการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ผลดีและผลเสียของการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า และวิธีจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
กิจกรรมสุขศึกษารายบุคคล ครั้งละ 15–20 นาที ดำเนินการโดย • ผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 2 • ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ในสัปดาห์ที่ 6 และ 10	- กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง และสอบถามปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า ความเพียงพอของน้ำมันไพล และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ พร้อมแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าได้เป็นประจำ

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 ณ ศูนย์สุขภาพประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พร้อมแจกโปสเตอร์กายบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตน และน้ำมันไพล จำนวน 5 ขวด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรตามภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher’s exact test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะประชากรไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($p = .323$) อายุเฉลี่ย 68 ปี ($p = .829$) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ($p = 1.000$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p = .181$) มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-2,000 บาทต่อเดือน ($p = .770$) นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน (18.5-23.4 kg/m^2) ($p = .347$) ไม่ออกกำลังกาย ($p = .593$) มีอาการปวดข้อเข่า

มาแล้ว 2 ปี (p = .894) ปวดข้อเข่า 2 ข้าง (p = .292) รวมถึงมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ส่งผลให้มีอาการปวดข้อเข่าไม่แตกต่างกัน (p >.05) ทั้งการเดินพื้นราบ ยืนนานๆ เดินขึ้น-ลงบันได และนั่งพับเพียบ/ นั่งยอง โดยมีอาการปวดข้อเข่าเมื่อมีกิจกรรมดังกล่าวนานเกิน 60 นาที (p = .272) สำหรับวิธีการบรรเทาอาการปวดข้อเข่าวิธีแรกที่เลือกใช้ คือยาแก้ปวดชนิดรับประทาน (p = .847)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง 1) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม 13.20 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองที่ 7.20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ 7.60 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) 2) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า 48.30 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลองที่ 39.50 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ 37.90 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) 3) มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า 51.20 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง 38.90 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ 38.5 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และ 4) มีคะแนนรวมเฉลี่ยของระดับความปวดข้อเข่า 10.80 คะแนน ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองที่ 23.20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ 23.40 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ท่าละ 10 ครั้งต่อวัน เมื่อพิจารณาเป็นรายท่าประกอบด้วย ท่าที่ 1 ท่าแก้กร่อนและแก้เข่าขัด (p = .002) ท่าที่ 2 ดำรงกายอายุยืน (p<.001) ท่าที่ 3 ท่าดัดตนแก้ไหล่ขาและเข่าขัด (p<.001) การปฏิบัติครบทั้ง 3 ท่า (p<.001) และการปฏิบัติครบ 3 ท่าร่วมกับนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลก่อนปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า (p<.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า และระดับความปวดข้อเข่าระหว่างระยะก่อน-หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่ม-ภายในกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)		ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังทดลอง[1)]
	ก่อน $\bar{X}$ (SD)	หลัง $\bar{X}$ (SD)	ก่อน $\bar{X}$ (SD)	หลัง $\bar{X}$ (SD)	
ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม	7.2(2.6)	13.2(1.8)	7.5(2.4)	7.6(1.8)	t = 12.54, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[2)]	t = 11.84, p<.001		t = 0.287, p = .776		
การรับรู้ความสามารถของตนเองฯ	39.5(3.7)	48.3(7.4)	39.3(3.0)	37.9(5.9)	t = 6.377, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[2)]	t = 7.03, p<.001		t = 1.322, p = .195		
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ฯ	38.9(3.1)	51.2(9.2)	39.3(3.1)	38.5(6.5)	t = 6.545, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[2)]	t = 7.481, p<.001		t = 0.684, p = .499		
ระดับความปวดข้อเข่า	23.2(3.5)	10.8(3.4)	23.6(4.9)	23.4(4.8)	t = 12.46, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[2)]	t = 17.65, p<.001		t = 1.748, p = .090		

[1)] Independent t-test; [2)] Paired t-test

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามท่าการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยฤาษีดัดตนภายหลังการทดลองในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

การปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนตามเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปฏิบัติครบตามเกณฑ์ จำแนกรายท่า					
ท่าที่ 1 ท่าแก้กร่อนและแก้เข่าขัด	23	67.60	10	29.40	.002
ท่าที่ 2 ท่าดำรงกายอายุยืน	19	55.90	0	0.0	<.001[a]
ท่าที่ 3 ท่าดัดตนแก้ไหล่ขาและเข่าขัด	19	55.90	0	0.0	<.001[a]
ปฏิบัติครบ 3 ท่าตามเกณฑ์	19	55.90	0	0.0	<.001[a]
ปฏิบัติครบ 3 ท่าตามเกณฑ์ และนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลก่อนปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า	16	47.10	0	0.0	<.001[a]

[a] Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในครั้งนี้ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่สามารถอภิปรายผล จำแนกตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่ออกแบบตามโครงสร้างทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[23] ประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเน้นกระบวนการสอนด้วยรูปภาพประกอบการบรรยายที่มีความเหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ตลอดจนการใช้อุปกรณ์สาธิตเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ ได้แก่ ฟองน้ำประกอบการอธิบายกลไกการเกิดอาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งบรรยายถึงประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยการแพทย์แผนไทย รวมถึงข้อเสียและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้หากจัดการอาการปวดข้อเข่าด้วยยาแก้ปวด 2) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่าผ่านกลวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิต (Live model) ที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและตัวแบบจากสมาชิกกลุ่มในเรื่องผลสำเร็จของการลดระดับความปวดข้อเข่าด้วยวิธีปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยท่ากายบริหารฤาษีดัดตน และนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลเป็นประจำ ร่วมกับกลวิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ และการใช้คำพูดชักจูงให้เกิดการปฏิบัติ ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ นั่นคือการฝึกทักษะการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยการแพทย์แผนไทย และ 3) กิจกรรมสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า ผ่านกลวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่มในประเด็นผลลัพธ์ที่ได้รับหลังการปฏิบัติด้วยตนเอง รวมทั้งผลดีและผลเสียที่พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่พูดถึงผลดีมากกว่าผลเสีย นั่นคือมีระดับความปวดที่ลดลง และวิธีจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ขณะเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ยังได้กระตุ้น ติดตาม ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลที่ล้วนส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยการแพทย์แผนไทยได้ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามข้างต้น

การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมฯ ข้างต้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chumklang[12] และ Jansorn[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่นกัน และพบว่า

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนทุกวัน ครบ 3 ท่า ๆ ละ 10 ครั้ง และนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลทุกวัน (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมที่หลากหลายในโปรแกรมฯ ทั้งกิจกรรมให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการบริหารข้อเข่า นอกจากนี้ ยังจัดกิจกรรมฝึกทักษะการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า และทบทวนทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม จนทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[23] ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง และมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระดับสูง ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างแน่นอน ขณะเดียวกันการเยี่ยมบ้านก็เป็นกิจกรรมที่อาจส่งผลให้กลุ่มทดลองปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าฯ เป็นประจำ เพราะทุกครั้งที่ลงเยี่ยมบ้าน ทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงสังเกตตำแหน่งการติดโปสเตอร์กายบริหารข้อเข่าให้อยู่ในจุดที่มองเห็นได้ชัด และไม่มีอะไรปิดบังสายตาอยู่เสมอเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติเป็นประจำ และปฏิบัติอย่างถูกต้อง พร้อมตรวจสอบการลงบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพเพื่อให้การชมเชยเมื่อปฏิบัติครบทุกวัน และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ ยังสอบถามความพอเพียงของน้ำมันไพล โดยพบว่ากลุ่มทดลองได้ขอน้ำมันไพลเพิ่มทุกครั้งเมื่อลงเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chumklang[12] และ Jansorn[18] ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดข้อเข่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมวิจัยนี้กำหนดให้กลุ่มทดลองปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วยท่ากายบริหารฤาษีดัดตน 3 ท่า ได้แก่ ท่าแก้กล่อน และแก้เข่าขัด ท่าดำรงกายอายุยืน ท่าดัดตนแก้ไหล่ขา และเข่าขัด (ท่านางแบบ) โดยมีเกณฑ์การปฏิบัติท่าละ 10 ครั้งในแต่ละวัน ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติตาม (ตารางที่ 2) จึงเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อ และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า[28] เป็นการยืดกล้ามเนื้อ และช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า[29] ขณะเดียวกันการนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลก่อนการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่า ช่วยบรรเทาอาการเมื่อยล้าและลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเนื่องจากน้ำมันไพลมีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ[25] ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความผ่อนคลายก่อนการปฏิบัติกายบริหาร และบรรเทาอาการปวดข้อเข่า ประกอบกับในช่วงลงเยี่ยมบ้าน และสังเกตการลงบันทึกในสมุดสุขภาพ ก็พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่บันทึกการปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยถูกต้องตามที่แนะนำ พร้อมขอเบิกน้ำมันไพลเพิ่ม เหล่านี้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความปวดข้อเข่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chaiwong[19] และ Simanta[21] ที่ศึกษาผลของระดับความปวดข้อเข่าภายหลังได้รับโปรแกรมกายบริหารข้อเข่า และพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความปวดข้อเข่าลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารข้อเข่า และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการบริหารข้อเข่า สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน รวมถึงปฏิบัติกายบริหารข้อเข่าครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความปวดข้อเข่าลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจนเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชน สามารถนำกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มตามที่จัดในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์สำหรับส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ควรจัดกิจกรรมดังกล่าวในวันที่ผู้สูงอายุมารวมตัวกันมากที่สุดเพื่อลดปัญหาการเดินทาง เช่น วันรับเบี้ยยังชีพ หรือวันประชุมหมู่บ้าน เป็นต้น

2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่ แกนนำในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามโปรแกรมฯ ได้ด้วยตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยและบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมประเมินผลก่อน-หลังการดำเนินโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาประสิทธิผลของการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตน และการนวดน้ำเข่าด้วยน้ำมันไพล โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ได้รับการนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพลเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ได้รับทั้งโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตนร่วมกับการนวดข้อเข่าด้วยน้ำมันไพล และกลุ่มเปรียบเทียบ

2. การศึกษาประสิทธิผลของการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤาษีดัดตน และการนวดน้ำเข่าด้วยน้ำมันไพลในกลุ่มเป้าหมายที่มีอาการปวดข้อเข่าในช่วงอายุต่ำกว่า 60 ปี รวมถึงปรับบางกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ หรือจัดกิจกรรมกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และเฟซบุ๊ก เป็นต้น

3. การเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทาปวดด้วยการแพทย์แผนไทยจาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน และติดตามจนครบ 1 ปี

References

1. Department of Economic and Social Affairs, Population division. World Population Ageing; 2017-Highlights. New York: United Nations; 2017. p. 30-1.
2. Siripanich B. Situation of older people in Thailand. In: Prasartkul P, editors Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Printery Company Limited; 2017.p. 22-6. (in Thai)
3. Aekplakorn W. Health of the elderly. In: Aekplakorn W, editors. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2017.p. 219-74. (in Thai)
4. Aekplakorn W. Health of the elderly.In: Aekplakorn W, editors. Thai National Health Examination Survey, NHES VI. Nonthaburi: The Graphico System Company Limited; 2010. p. 272-75. (in Thai)
5. Woratanarat P. Lifestyles and Knee Osteoarthritis In: Woratanarat P, editors. Lifestyles and Musculoskeletal Disorders. Bangkok: Charansanitwong Printing Company Limited; 2014.p.183-216. (in Thai)
6. Thai Rheumatism Association. Guidelines for the treatment of Osteoarthritis of Knee. Bangkok: Thai Rheumatism Association; 2013. (in Thai)
7. The Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand. Public health practice guideline of Osteoarthritis. Bangkok: Thai Rheumatism Association; 2014 May. 76 p. (in Thai)
8. Department of Medical Services. Handbook of screening and assessment in older people Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)

9. Healthcare data centers (HDC) [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 22]. Available. from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id= 6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61. Thai.
10. Department of Health. Elderly health record booklet. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
11. Tha Nong Sub-District Health Promoting Hospital. Project report: the effects of health promoting with the elderly with knee osteoarthritis by using Thai Traditional Medicine and Physical therapy. Photaley District, Phichit Province: Local Health Security Fund Operations at Tha Nong Sub-District Municipality. 2018. (in Thai)
12. Chumklang T, Duangsong R. The effects of exercise promotion programs by the applying of self-efficacy and social support for pain decreasing among elderly with osteoarthritis knees in Wangnamkheaw district, Nakornratchasama province. KKU Res J 2012;12(1):46-56. (in Thai)
13. Sermcheep P, Peungsuwan P, Eungpinichpong W, Chatchawan U. Home Self-care Program with Physical Therapy and Thai Traditional Medicine for Older People with Knee Osteoarthritis in Community [MSc thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012. (in Thai)
14. Chairat N, Ngamprapasom N. Using Hermit's body twist rusie dotton with court type traditional Thai massage for the elderly with knee osteoarthritis [MEd thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2014. (in Thai)
15. Jhitanukool N, Suntayakorn C, Prachanban P, Tunsupasawasdeeknul S. Effects of health promotion program on health behavior and disease severity level among knee osteoarthritis patients [MNs thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2014. (in Thai)
16. Kaewsengsai A, Sucamvang K, Nanasilp P. Effect of Iyengar Yoga Exercise on Severity of Knee Osteoarthritis Among the Older Persons [MNs thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2014. (in Thai)
17. Poonsuk P, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Benjakul S. The effects of knee exercise promotion program with "Rue Si Dat Ton" for knee pain relief among osteoarthritis patients. Journal of Public Health 2016;46(2):191-202. (in Thai)
18. Jansorn S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of Tai Chi exercise promotion program for knee pain relief among elderly with osteoarthritis in Thai traditional and integrated medicine Hospital, Bangkok. Journal of Thai Traditional Alternative Medicine 2018;16(1):44-56. (in Thai)
19. Chaiwong C, Sumethanurakkhakul W, Raknatee D, Warawitsaranggoon R, Prayoonsirisak R. The effect of self-management program on physical fitness and pain among people with knee osteoarthritis. Journal of Nursing and Health Care 2016;34(4):133-41. (in Thai)
20. Tonueng B. Improving Care for Elderly with Knee Pain at Pak Kut Wai Health Promotion Hospital, Mueng District, Ubon Ratchathani Province. UBRU Journal for Public Health Research 2017;6(1): 27-36. (in Thai)

21. Simanta D, Tudpor K, Prasomrak P. Effects of an exercise with elastic chain and health behavior promotion on delaying osteoarthritis of knee in elderly of Kudhae Subdistrict, Loengnoktha District, Yasothon Province. [MSc thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2017. (in Thai)
22. Saengtong J. Aging society (complete aged): the elderly condition of good quality. Rusamilae Journal 2017;38(1):6-28. (in Thai)
23. Bandura A. Self-efficacy: Social foundations of thought and action. New Jersey: Prentice Hall; 1986. P 390 - 453.
24. Ayurved Thamrong School; Center of Applied Thai Traditional Medicine. Ruesi Dudton Exercise volume 1. Bangkok: Supawanich Printing. 2014. (in Thai)
25. Jeenapongsa R, Yoovathaworn K, Sriwatanakul KM, Pongprayoon U, Sriwatanakul K. Anti- inflammatory activity of (E)-1-(3, 4-dimethoxyphenyl) butadiene from Zingiber cassumunar Roxb. Journal of ethnopharmacology 2003;87(2-3):143-48.
26. Vorapongsathorn T. Experimental research format applied for research in health science. Bangkok: funny publishing; 1987. (in Thai)
27. Chirawatkul A. Statistics in research: appropriate selection. Bangkok: Wittayaphat; 2014. Thai.
28. Chidnok W. Ruesi Dudton stretching exercise. Journal of Medical Technology and Physical Therapy 2009;21(3):189-97. (in Thai)
29. Subcharoen P. 127 the hermit's body twist Rusie Dotton. 2th ed . Nonthaburi: Thai Traditional Medical Textbook Center in Thai traditional medicine development Foundation; 2006. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting HIV Preventive Behaviors among Male Youths Who Have Sex with Men in Bangkok

Received: Feb 12, 2020
Revised: Mar 18, 2020
Accepted: Mar 20, 2020

ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ พย.ม. (Panjarut Laisuwannachart, M.N.S.)[1]
นฤมล เอื้อมณีกูล ปร.ด. (Naruemon Auemaneekul, Ph.D.)[2]
อาภาพร เผ่าวัฒนา ปร.ด. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (McLeroy และคณะ, 1988) กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนชายรักชายที่พักอาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 18-24 ปี โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ จำนวน 386 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน-เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในรูปแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงร้อยละ 91.5 และพบปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชาย ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชาย (β = .163, $p < .05$) การไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน (β = .138, $p < .05$) การดื่มแอลกอฮอล์ (β = -.127, $p < .05$) การเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม (β = .154, $p < .05$) และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV (β = .136, $p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ร้อยละ 21.2 (R^2 = .212, $p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชาย ควรมุ่งเน้นการป้องกันอย่างครอบคลุมความหลากหลายระดับปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายและการป้องกันความเสี่ยงระดับบุคคลของกลุ่มชายรักชาย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV, กรอบแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา, เยาวชนชายรักชาย

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน(ภาคพิเศษ) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
[1]E-mail: orm_panjarut@hotmail.com
[2]Corresponding author [2,3]รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
[2]E-mail: naruemon.aue@mahidol.ac.th, [3]E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

This study was a cross-sectional study aiming at exploring factors predicting HIV preventive behaviors among young men who have sex with men in Bangkok Metropolitan areas by applying the Ecological Model (McLeroy et. al. 1988) as the conceptual framework. Samples were youth males aged between 18-24 years old who resided or worked in Bangkok. The snowball sampling technique was employed with all 386 youth males. Data collection was manipulated by the online self-administered questionnaire, conducted between November and December 2019. Descriptive statistics and Stepwise Multiple Linear Regression were managed for data analysis with p-value at .05.

Results reported that the majority of participants had HIV preventive risk behaviors score reaching the risky level at 91.50%. In addition, predicting factors for HIV preventive behaviors among young men who had sex with men including the access to information and policy about HIV infection among YMSM (β = .163, $p < .05$), the unknown status of sexual transmission disease infection of their partners (β = .138, $p < .05$), drinking alcohol (β = -.127, $p < .05$), the disclosure of sexual status to the public (β = .149, $p < .05$) and knowledge in HIV preventive behaviors among young men who had sex with men (β = .136, $p < .05$). These findings were able to predict HIV preventive behaviors among young men who had sex with men at 21.2% (R^2 = .212, $p < .001$).

Findings delineated the importance of HIV preventive behaviors among young men who had sex with men that they should emphasize on the coverage of multi-level preventive factors, particularly factors at the public policy level. This is performed through the access of information and the policy of HIV prevention in young men who have sex with men, and the intrapersonal factors towards HIV preventive behaviors among young men who have sex with men.

Keywords: HIV preventive behaviors, young men who have sex with men, The ecological model

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) ยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญด้านการสาธารณสุขสำหรับประเทศไทย รายงานสถานการณ์การติดเชื้อ HIV โดย AIDS Epidemic Model พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อ HIV ที่มียังชีวิตอยู่จำนวน 78,608 คน ผู้ติดเชื้อ HIV เสียชีวิตจำนวน 2,526 คน และมีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่จำนวน 2,291 คน[1] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 68.00 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ร้อยละ 55.2 เป็นเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี เขตกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงที่สุด ร้อยละ 19.53[2] สอดคล้องกับข้อมูลในสถานบริการสุขภาพเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2562 พบว่าเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่เข้ามารับบริการทั้งหมดจำนวน 2,524 คน เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 140 ราย ร้อยละ 5.55[3]

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากเชื้อ HIV และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดการติดเชื้อ HIV ได้แก่ 1) การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ 2) การไม่เสพหรือฉีดสารเสพติด 3) การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับ

ผู้อื่น 4) การไม่เปลี่ยนคู่นอน และ 5) การรับประทานยา PrEP และ PEP สอดคล้องกับองค์กรอนามัยโลก[4] เรื่องยาในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ให้ใช้ยา PrEP, PEP สำหรับผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ในปี พ.ศ. 2561 ที่พบมากที่สุด คือ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น การติดเชื้อจากมารดาและการติดเชื้อจากการรับเลือด ร้อยละ 80.40, 9.13, 3.17, และ 0.01 ตามลำดับ[1,3] ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 41.81 เพราะเกิดจากความไม่เหมาะสมของช่องทางในการมีเพศสัมพันธ์ กล่าวคือเยื่อบุของช่องทวารหนักมีความเปราะบาง ขาดความยืดหยุ่นและไม่มีการสร้างสารหล่อลื่นเมื่อเทียบกับช่องคลอดในเพศหญิง เมื่อมีการเสียดสีหรือการมีเพศสัมพันธ์ จึงก่อให้เกิดบาดแผลได้ง่ายและส่งผลให้เกิดการติดโรคทางเพศสัมพันธ์หรือเชื้อ HIV ตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายจำนวนมาก พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุที่น้อยกว่า 24 ปี จะมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ไม่ดีมากกว่าอายุมากกว่า 24 ปี[5-9] รายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่สวมถุงยางอนามัย[9] การศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ป้องกันการติดเชื้อ HIV[7-8] การดื่มแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่ป้องกันการติดเชื้อ HIV[10-11] ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV[12] ประเภทชายรักชายทุกประเภทมีการใส่ถุงยางอนามัยสูงกับคู่นอนชั่วคราว[13] มีประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[14] มีความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกัน[10-11,15] ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การคล้อยตามคู่นอนในการไม่สวมถุงยางอนามัยเนื่องจากกลัวคู่นอนไม่รัก[8,10] อิทธิพลจากเพื่อน[16] การเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม[17] สถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน[18] ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สิ่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่[19] ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ การถูกตีตราทางเพศ[15] นอกจากนี้ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะเรื่องการรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายจะส่งผลให้กลุ่มชายรักชายมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV เพิ่มมากขึ้น[15]

กลุ่มเยาวชนชายรักชายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV มากที่สุดในบริบทและวัฒนธรรมของประเทศไทย ซึ่งเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศ และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายจำนวนมากแต่เป็นกลุ่มชายรักชายทุกกลุ่มวัย โดยพบว่าเป็นการศึกษาเพื่อหาระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยบางระดับตามทฤษฎีแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา[20] แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมทุกระดับพหุปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะซึ่งเป็นปัจจัยระดับสูงสุดที่มีอิทธิพลในการจัดการต่อทุกระดับปัจจัย ซึ่งทิศทางความสัมพันธ์ของปัจจัยรวมถึงปัจจัยทำนายมีความสำคัญอย่างมากในการทราบถึงสาเหตุหลักของการเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกระดับปัจจัย ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงเลือกทำในกลุ่มเยาวชนชายรักชายเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV และรวบรวมตัวแปรที่สำคัญต่อบริบทประเทศไทยเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพนี้อย่างครอบคลุม

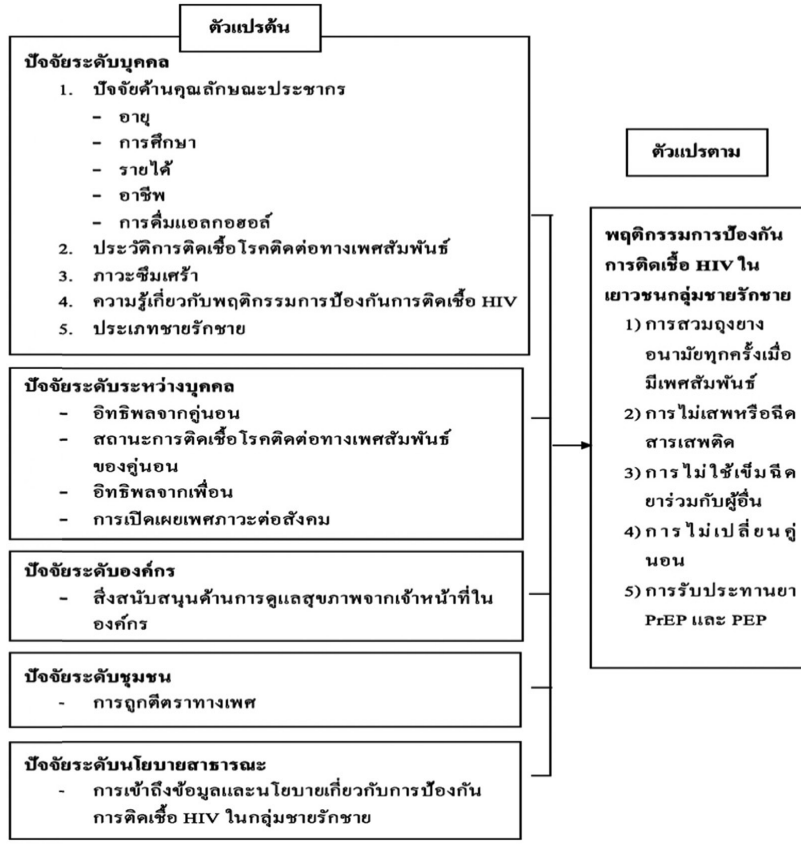
อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV เป็นพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน 5 ระดับ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา[20] ที่กล่าวว่า พหุปัจจัยมีความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (interaction across different levels) ในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง (behavior-specific) ซึ่งเป็นผลจากความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัย 5 ระดับที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ประกอบด้วย ระดับบุคคล (intrapersonal) สาเหตุของพฤติกรรมหรือกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมล้วนอยู่ภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ เป็นต้น ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal) เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่มีอิทธิพลในการเกิดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ระดับองค์กร (organizational) ประกอบด้วยความจำเพาะของวิธีการ ลักษณะขององค์กรนั้น ๆ ที่จะสามารถนำกลยุทธ์มาใช้เพื่อแพร่และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจากระดับบุคคลสู่วัฒนธรรมในองค์กรทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ได้ในระยะยาว ระดับชุมชน (community) เป็นบรรทัดฐานที่มีอิทธิพลต่อวิถีปฏิบัติพฤติกรรมของคนในชุมชนซึ่งเป็นศูนย์กลางสุขภาพ ระดับนโยบายสาธารณะ (public policy) เป็นระดับที่ใหญ่ที่สุดที่มีอิทธิพลในการจัดการต่อทุกระดับปัจจัย ซึ่งนโยบายสาธารณะต้องมีความจำเพาะกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระบบสื่อกลางที่จัดการระหว่างปัจจัยระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้อย่างครอบคลุม จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงนำกรอบแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายเขตกรุงเทพมหานคร ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ HIV และผลักดันการกำหนดนโยบายแนวทางพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ครอบคลุมทุกระดับปัจจัย นำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HIV และทำให้เยาวชนกลุ่มชายรักชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (The Ecological Model)[20] ที่กล่าวว่า พหุปัจจัยมีความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (interaction across different levels) ในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง (behavior-specific) ซึ่งเป็นผลจากความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัย 5 ระดับที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยระดับบุคคล (intrapersonal) 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal) 3) ปัจจัยระดับองค์กร (organizational) 4) ปัจจัยระดับชุมชน (community) และ 5) ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ (public policy) สามารถสรุปกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กร ปัจจัยระดับชุมชนและปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ สามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากร คือ เยาวชนกลุ่มชายรักชาย อายุ 18-24 ปี ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร (ไม่ทราบขนาดประชากร)

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนกลุ่มชายรักชาย อายุ 18-24 ปี ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) คือ ผลการตรวจเลือดไม่มีการติดเชื้อ HIV หรือไม่ทราบผลการตรวจเลือด สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีและใช้ smart phone หรือ laptop computer ได้ดี

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ ไม่มี บัญชีอีเมลในการลงชื่อเข้าใช้ google

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Cochran อ้างใน Thato[21] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 389 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (questionnaire) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน มีข้อคำถามรวมทั้งหมดจำนวน 98 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกและเติมคำในช่องว่างตามความจริง จำนวน 1 ข้อ 3) แบบประเมินแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย[22] ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ (reliability = 0.8) 4) แบบประเมินความรู้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ (reliability = 0.8) และ 5) แบบประเมินประเภทชายรักชาย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามความจริง จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยระหว่างบุคคล จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามอิทธิพลจากคู่นอนต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ (CVI = 0.95, reliability = 0.7) 2) แบบสอบถามสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือกและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ 3) แบบสอบถามอิทธิพลจากเพื่อน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ (CVI = 0.95, reliability = 0.7) 4) แบบสอบถามการเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม[23] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 11 ข้อ (CVI = 0.85, reliability = 0.9)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับองค์กร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามองค์กรที่เข้ารับบริการ แบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ 2) แบบสอบถามสิ่งสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในองค์กร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ (CVI = 0.93, reliability = 0.9)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับชุมชน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามการถูกตีตราทางเพศ[17] ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (CVI = 0.99, reliability = 0.8)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและนโยบายการป้องกัน HIV ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามประสบการณ์จริงมากที่สุด (reliability = 0.7)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (CVI = 0.97, reliability = 0.7)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการวิจัย และคำนวนหาค่าดัชนีความตรงกับเนื้อหา (Content validity index) มีค่าระหว่าง 0.85-0.99 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้กับเยาวชนกลุ่มชายรักชายที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระหว่าง 0.7 - 0.9

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2019-121 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้จะต้องตอบแบบสอบถามออนไลน์ (google form) ด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยมีการอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจน ซึ่งข้อคำถามบางข้อเป็นเรื่องส่วนตัว ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด กระทบกระเทือนจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบข้อคำถามข้อนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากเยาวชนชายรักชายที่อาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและไม่มีเชื้อ HIV และนัดหมายวันเวลาในการลงเก็บข้อมูลกับศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่เข้าถึงยาก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique) ทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-18.00 น. ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ช่วงเวลา 12.00-18.00 น. เป็นเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เริ่มต้นเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นที่สมาชิกสมาคมฟ้าสีรุ้ง โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงโดยใช้คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับบริการตามช่วงวันเวลาดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายด้วยวาจา จากนั้นจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้โทรศัพท์ของตัวเองสแกน QR Code เพื่อตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (google form) เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยขออนุญาตแอดไลน์กลุ่มตัวอย่างเพื่อส่ง QR code แบบสอบถามงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยส่งต่อ QR code นี้แก่เพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาแบบลูกโซ่เพื่อทำแบบสอบถามออนไลน์ (google form) ด้วยตนเอง และหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จให้ช่วยส่งต่อ QR code นี้แนะนำเพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนจำนวน 386 คน จึงยุติการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะตั้งค่าจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีอีเมลในการลงชื่อเข้าใช้ google หนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น เพื่อลดปัญหาการตอบแบบสอบถามซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 386 คน คิดเป็นร้อยละ 99.23 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทั้ง 5 ปัจจัย

2. สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร ภายหลังการทดสอบ

ข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicolinearity) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว (Linearity) และค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีความแปรปรวนคงที่ (Homogeneity of variance)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนชายรักชาย อายุต่ำสุด คือ 18 ปี อายุสูงสุด คือ 24 ปี และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.9 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 55.50 เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ 10,001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 41.50 โดยที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำงานมากที่สุด รองลงมาได้มาจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 53.60 รองลงมามีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 37.60 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 62.40 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.60 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท/ลูกจ้าง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกือบทั้งหมดเป็นนักเรียนและนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเกือบ 2 ใน 3 มีการดื่มแอลกอฮอล์ตามโอกาสต่างๆ เช่น เทศกาลปีใหม่ งานวันเกิด อีกประมาณ 1 ใน 3 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทั้งหมดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วงกลางคืน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเกย์ประเภทอื่นๆ เช่น เกย์คิงหรือเกย์รุก เกย์โบ๊ท เป็นต้นมากที่สุด ร้อยละ 76.40 รองลงมาคือเกย์ควีนหรือเกย์รับ ร้อยละ 23.60

2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยง (Mean = 14.60, SD. = 2.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่มีความเสี่ยง จำนวน 353 คน (ร้อยละ 91.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการป้องกันทุกครั้งที่ไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV 3 อันดับแรก คือ การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น การไม่เสพหรือฉีดสารเสพติดและใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยง 3 อันดับแรก คือ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนคนเดียว และการได้รับการตรวจเลือดการติดเชื้อ HIV

3. การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามี 5 ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (beta = .163) 2) การเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม (beta = .154) 3) การไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน (beta = .138) 4) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV (beta = .136) และ 5) การดื่มแอลกอฮอล์ (beta = -.127) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ ร้อยละ 21.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .460$, $R^2 = .212$, Adj. $R^2 = .201$, $df = 5, 380$, $F = 20.408$, $p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชาย (n = 386)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
Constant	9.844	.723		13.621	<.001**
X_1	.323	.116	.163	2.782	.006*
X_2	.788	.275	.138	2.870	.004*
X_3	-.678	.243	-.127	-2.678	.008*
X_4	.029	.010	.154	2.755	.006*
X_5	.094	.037	.136	2.532	.012*
R = .460, R^2 = .212, Adj. R^2 = .201, SD.=2.260, df = 5, 380 F = 20.408					

*p < .05, **p < .001

หมายเหตุ X_1 การเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชาย

X_2 การไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน

X_3 การดื่มแอลกอฮอล์

X_4 การเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม

X_5 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนชายรักชาย มีทั้งหมด 5 ตัว ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาจำแนกรายตัวแปรได้ดังนี้

1. ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ เป็นระบบใหญ่ที่สุดมีลักษณะเน้นสุขภาพของประชาชนภาพรวมมากกว่าสุขภาพของบุคคล โดยกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ ข้อบังคับ กฎหมายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในสังคมทุกคนต้องปฏิบัติ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1.1 การเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชาย พบว่า กลุ่มชายรักชายที่เข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV มาก ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ดีเพิ่มมากขึ้น มีความสอดคล้องกับการดำเนินงาน เรื่อง เร่งรัดการจัดบริการป้องกันผสมผสานและต่อเนื่องกับการรักษา (Reach Recruit Test Treat Retain : RRTTR) ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อรายใหม่ในสัดส่วนสูง[1] ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายนั้นจะเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดที่มีลักษณะเน้นสุขภาพของประชาชนภาพรวมมากกว่าสุขภาพของบุคคล จึงควรมีการชี้แนะสนับสนุนอย่างเข้มแข็งในเรื่องการป้องกันพฤติกรรมการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายให้กับผู้มีอำนาจ ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ ข้อบังคับ กฎหมายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในสังคม ให้ทุกคนต้องปฏิบัติตาม ซึ่งนโยบายสาธารณะมีความสำคัญเป็นสื่อกลางจัดการต่อทุกระดับปัจจัยได้อย่างครอบคลุม ให้เยาวชนกลุ่มชายรักชายเข้าถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ปลอดภัยทุกครั้ง ทำให้ไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ได้อย่างประสบความสำเร็จ

2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล เป็นเครือข่ายและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ รวมถึงระบบสนับสนุนทางสังคมที่สามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางศาสนา และประเพณีที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

2.1 การไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน (ร้อยละ 73.30) และกลุ่มชายรักชายที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอนจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ดีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการไม่ทราบสถานะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคู่นอน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่ปลอดภัยทำให้ต้องมีการป้องกันตนเองเพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ[6] พบว่า กลุ่มชายรักชายมีการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชายให้เพื่อนหรือกลุ่มเดียวกันในสังคมออนไลน์รับรู้หรือสมาชิกในครอบครัว และสาเหตุของการไม่เปิดเผยคือไม่ต้องการเพิ่มความเครียดให้ผู้อื่นและวัฒนธรรมเอเชียที่เป็นสิ่งที่น่าอับอาย ถ้าครอบครัวไหนมีลูกหลานเป็นโรค AIDs จะเป็นตราบาป ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ลดลง

2.2 การเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีการเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 81.9) มีการเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคมกับเพื่อนชายที่ชอบเพศตรงข้ามและเพื่อนที่เป็นชายรักชายมากที่สุด และยังพบว่ากลุ่มชายรักชายที่เปิดเผยข้อมูล จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ดีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันอัตลักษณ์ทางเพศ การรักเพศเดียวกัน ได้รับการยอมรับมากขึ้น จึงทำให้เยาวชนกลุ่มชายรักชายมีความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคมมากขึ้น ทั้งนี้สังคมบางส่วนก็ยังมีอคติ คิดในแง่ลบ มีอคติกับคนรักเพศเดียวกัน[24] ดังนั้นเมื่อเปิดเผยข้อมูลว่าเป็นกลุ่มชายรักชายแล้ว จึงต้องการเป็นแบบอย่างมีภาพลักษณ์ที่ดีได้รับการยอมรับจากสังคม ไม่ต้องการถูกตีตรา จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ GIOS และคณะ[25] พบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มชายรักชายที่มีการเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคมมีการเข้าถึงโปรแกรมการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

3. ปัจจัยระดับบุคคล เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งรวมถึงความรู้ ทัศนคติ ทักษะ พฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การพัฒนาการทางเพศ อายุ เอกลักษณ์ทางศาสนา เอกลักษณ์ทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ รสนิยมทางเพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรทางการเงิน และการวางเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นขึ้นมา และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

3.1 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มชายรักชายที่มีดื่มแอลกอฮอล์ จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ลดลง เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเข้าไปทำลายสมองส่วนหน้า เรียกว่า ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเป็นตัวควบคุมและรับผิดชอบระบบการเรียนรู้และระบบความทรงจำ นอกจากนี้ยังเกิดความเสี่ยงสมองส่วนหน้าสุด (prefrontal cortex) ซึ่งรับผิดชอบในเรื่องการตัดสินใจ ยับยั้งชั่งใจ[26] จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ไม่ดีตามมาและการดื่มแอลกอฮอล์จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่ทำให้คุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[27] สอดคล้องกับการศึกษาของ Latimer และคณะ[28] มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 116 ราย พบว่า คะแนนการดื่มแอลกอฮอล์ AUDIT scores มีความสัมพันธ์กับการไม่ใช่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันต่อการติดเชื้อ HIV ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vagenas[29] ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงคุณภาพของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HIV และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มผู้ชายที่แปลงเพศเป็นผู้หญิงแล้ว (MSM/TGW) ในประเทศเปรู พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อ HIV

3.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV พบว่ากลุ่มชายรักชายที่มีความรู้ จะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้น เนื่องจากความรู้เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ถูกต้องจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ถูกต้องตามขึ้นมาได้[20] สอดคล้องกับการศึกษาของชัยชาญ บัวผัน และคณะ[10] ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัย ($\beta = .16$, $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรัก

ชายในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 6.3 (R^2 = .063)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยระดับองค์กร ประกอบด้วยสิ่งสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในองค์กร และระดับชุมชน ประกอบด้วยการถูกตีตราทางเพศ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนอยู่ในชุมชนเมืองและอยู่บริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกัน เปรียบเสมือนชุมชนที่มีความสัมพันธ์เฉพาะที่จึงทำให้เกิดวิถีชีวิตและวัฒนธรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การมารับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในสถานบริการเดียวกัน มีกฎระเบียบข้อบังคับในชุมชนคล้ายคลึงกันมีการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากชุมชนคล้ายกัน มีสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลความรู้เหมือนกัน นอกจากนี้ยังพบว่าในองค์กรและชุมชนมีการตีตราทางเพศ เลือกปฏิบัติกับกลุ่มชายรักชาย ขาดผู้นำและตัวกลางในการช่วยประสานงานให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชาย[24] จึงทำให้ 2 ปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้โดยตรง แต่ 2 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยตัวอื่นในการเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ยังคงต้องใช้การจัดกระทำหลายระดับปัจจัย (Multi level intervention) เพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริการ : พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ให้แก่เยาวชนชายรักชายร่วมกับครอบครัวหรือสถานศึกษา ในประเด็นเรื่องการมีคู่นอนคนเดียว การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ การคัดกรองการติดเชื้อ HIV การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

ด้านวิชาการ : พัฒนาแนวทางการให้ความรู้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV แก่เยาวชนกลุ่มชายรักชาย โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทั้งทางทวารหนักหรือทางปาก และเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (PrEP, PEP) ก็มีความจำเป็นต้องสวมทุกยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV

ด้านบริหาร : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะสำหรับกลุ่มชายรักชาย อำนวยความสะดวกให้ง่ายต่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการตามสิทธิ์ที่พึงได้รับผ่านทุกช่องทาง ในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะประเด็นการมีคู่นอนคนเดียว การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ การรับบริการคัดกรองตรวจเลือดการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ด้านวิจัย : ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายในการเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น กลุ่มชายรักชายวัยทำงานเนื่องจากตอนเก็บข้อมูลพบว่าเป็นช่วงวัยที่มาใช้บริการคัดกรองการติดเชื้อ HIV มากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการเข้าถึงข้อมูลและนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายรักชาย เพื่อศึกษารายละเอียดของปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้มากที่สุด โดยการสนทนากลุ่มกับเยาวชนชายรักชาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุมนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการเสนอนโยบายป้องกันพฤติกรรมการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายต่อไป

References

1. Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration. Strategic Plan for Ending AIDS in Bangkok: 2017-2030 [internet]. 2017 [cited 2019 May 9]. Available from: https://bit.ly/2HePzEU (in Thai)
2. Jantaramanee P, Jantaramanee S. A prevalence survey of HIV and sexually transmitted infection among men who have sex with men (MSM), Thailand: venue day time sampling (VDTS) and respondent driven sampling (RDS). Disease Control Journal 2016;42(4):269-79. (in Thai)
3. Nilsum K, Sattayasomboon Y, Kittipichai W. Acceptability of using HIV self-testing among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. Journal of Health Science 2018;27(5): 819-29. (in Thai)
4. World Health Organization. WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP) [Internet]. 2015 [cited 2019 November 12]. Available from: https://bit.ly/2x7bHPy
5. Card KG, Lachowsky NJ, Cui Z, Shurgold S, Armstrong, HL, Rich AJ, et al. An event-level analysis of the Interpersonal factors associated with condomless anal sex among gay, bisexual, and other men who have sex with men (MSM) with online-met partners. AIDS Education and Prevention [Internet]. 2017 [cited 2019 April 28];29:154-174. Available from: https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.2.154
6. Chen L, Lian D, Wang B. Factors associated with disclosing men who have sex with men (MSM) sexual behaviors and HIV-positive status: A study based on a social network analysis in Nanjing, China. PLOS ONE[Internet]. 2018 [cited 2019 April 28];13:1-11. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0196116
7. Drumright LN, Weir SS, Frost SDW. The role of venues in structuring HIV, sexually transmitted infections, and risk networks among men who have sex with men. BMC Public Health [Internet]. 2018 [cited 2019 April 28];18:225-9. Available from: https://bmcpublic health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5140-3
8. Liu Y, Zhang Y, Ning Z, Zheng H, Ding Y, Gao M, et al. Intimate partner violence victimization and HIV infection among men who have sex with men in Shanghai, China. Biosci Trends 2018;12(2): 142-48.
9. Mao J, Tang W, Liu C, Wong NS, Tang S, Wei C, et al. Sex tourism among Chinese men who have sex with men: a cross-sectional observational study. BMC Public Health [Internet]. 2018 [cited 2019 April 28];18:306-12. Available from: https://bmcpublichealth. biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5214-2
10. Buapan C, Rutchanagul P, Buaboon N. Factors predicting condom use behavior among men who have sex with men in Bangkok. JHNR 2018;34(2):62-73. (in Thai)
11. Piyaraj P, van Griensven F, Holtz TH, Mock PA, Varangrat A, Wimonsate W, et al. The finding of casual sex partners on the internet, methamphetamine use for sexual pleasure, and incidence

of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand: an observational cohort study. Lancet HIV 2018;5(7):379-89.

12. Semple SJ, Pitpitan EV, Goodman-Meza D, Strathdee SA, Chavarin CV, Rangel G, et al. Correlates of condomless anal sex among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues. PLOS ONE 2017;12(10):1-16.
13. Lachowsky NJ, Milhausen RR. The positive impact of technology on young gay men's dating and sexual relationships in Canada: Results from a focus group study. Journal of LGBT Youth 2015;12(1):19-38.
14. Hu Y, Zhong X, Peng B, Zhang Y, Liang H, Dai J, et al. Comparison of depression and anxiety between HIV-negative men who have sex with men and women (MSMW) and men who have sex with men only (MSMO): a cross-sectional study in Western China. BMJ Open 2019;9(1):1-11.
15. Sithole B. HIV prevention needs for men who have sex with men in Swaziland. Afr J AIDS Res 2017;16(4):315-20.
16. Jumpa W. Influences towards target group's decision making of health care service using at Caremat Health Center. Thai AIDS Journal 2017;29(2):56-70. (in Thai)
17. Mor Z, Turner D, Livnat Y, Levy I. HIV infected men who have sex with men in Israel: knowledge, attitudes and sexual behavior. BMC Infect Dis [Internet]. 2017 [cited 2019 April 28];17:679-9. Available from: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com /articles/10.1186 /s12879-017-2782-1
18. Edwards-Jackson N, Phanuphak N, Van TH, Chomchey N, Teeratakulpisarn N, Sathienthammawit W, et al. HIV serostatus disclosure is not associated with safer sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men (MSM) and their partners at risk for infection in Bangkok, Thailand. AIDS Research and Therapy 2012;9(1):38-48.
19. Upacha N, Prasertchai A, Boromtanarat C. The Development of Friendly Service Men Who Have Sex with Men in Center for Youth Friendly Health Service Chonburi Province. EAU 2017;11(2): 239-52. (in Thai)
20. McLeroy R, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ. Q. 1988;15(4):351-77.
21. Thato R. Nursing research : concepts to application. 3rd ed. Bangkok:Chulabook; 2018. (in Thai)
22. Trangkasombat U, Larbbunsub W, Havanont P. CES-D screening for teen depression. J Psychiatr Assoc Thailand 1997;42(1):2-13. (in Thai)
23. Seeya A, Auemaneekul N, Keawpan W, Powwattana A. Intimate partner violence victims and health problems among men who have sex with men in Bangkok, Thailand[Internet]. 2017 [cited 2019 May 15]. Available from: https://dric.nrct.go.th/index.php?/ Search/Search Detail/295127. (in Thai)
24. International Labour Organization. Gender equality and sexual orientation in Thailand [Internet]. 2015 [cited 2020 January 20]. Available from: https://bit.ly/3d85ofh

25. Gios L, Mirandola M, Sherriff N, Toskin I, Blondeel K, Dias S, et al. Being in the Closet. Correlates of outness among MSM in 13 European cities. Journal of Homosexualityv[Internet]. 2019 [cited 2019 April 28]. Available from:https://doi.org /10.1080/00918369.2019.1656033
26. Powwattana A. Preventive Adolescent Alcohol Use. Risk Behaviors Prevention in Adolescence: Concepts and Management in Multilevel Approach. Bangkok: Protexts.com; 2017. 99-117. (in Thai)
27. Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint K, Hawkins J, Harris W, et al. Youth Risk behavior surveillance-United States, 2013. MMWR [Internet]. 2014 [cited 2019 November 20];63:1-172. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf
28. Latimer R, Vodstrcil L, Fairley C, Cornelisse V, Chow E, Read T, et al. Non-consensual condom removal, reported by patients at a sexual health clinic in Melbourne, Australia. Plosone 2018; 14:1-16.
29. Vagenas P, Brown S, Clark J, Konda K, Lama S, Sanchez J, et al. A Qualitative assessment of alcohol consumption and Sexual Risk behaviors among men who have sex with men and transgender women in Peru. HHS Public Access 2018;52(7):831-39.

บทความวิจัย

ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพต่อทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

The Effects of the Interprofessional Education Program on Attitudes towards Multidisciplinary Work among Students of Allied Health Science Programs

Received: Jan 21, 2020
Revised: Mar 10, 2020
Accepted: Mar 19, 2020

อัศนี วันชัย ปร.ด. (Ausanee Wanchai, Ph.D.)[1]
วรรณภา ประทุมโทน กศ.ด. (Vannapa Prathumtone, Ph.D.)[2]
พนารัตน์ เจนจบ ปร.ด. (Panarat Chenchob, Ph.D.)[3]
อัญชลี แก้วสระศรี ปร.ด. (Anchalee Kaewsasri, Ph.D.)[4]
ดวงพร หุ่นตระกูล ปร.ด. (Duangporn Hoontrakul, Ph.D.)[5]
นันทวรรณ ธีระพงศ์ พยม. (Nantawan Teerapong, M.N.S.)[6]
มณฑา อุดมเลิศ พย.ม. (Montha Udomlerd, M.N.S.)[7]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2562 จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ 2) แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นมาตรวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพของนอริสและคณะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

[1]Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช E-mail; ausanee@bcnb.ac.th
[2-5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
E-mail: [2]vannapap@hotmail.com, [3]panarat0923@hotmail.com, [4]akaew@hotmail.com, [5]kduangporn2002@yahoo.com
[6]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก E-mail: nantawan2722@yahoo.com
[7]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ E-mail: montha@unc.ac.th
[1-5]Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Phitsanulok, Thailand
[6]Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Thailand [7]Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Thailand

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ นักศึกษามีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เรียงตามลำดับรายด้าน ได้แก่ 1) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) การทำงานเป็นทีม บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและคุณธรรม 4) ความมีอคติกับสหสาขาวิชาชีพ และ 5) การยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางตามลำดับ (p<.001) โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์ทุกชั้นปี และขยายผลการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาหลักสูตรอื่น ๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัดเข้ามาร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ, ทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ, นักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare attitudes towards multidisciplinary work before and after participating in the interprofessional education program of students of Allied Health Science Programs. The samples consisted of students of the Bachelor of Nursing Programs of Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinnaraj and, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, and students of the Bachelor of Public Health Program and the Thai Traditional Medicine Program at Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province, in the academic year 2019 (n=47). The research instruments consisted of 1) the interprofessional education program, 2) the Interprofessional Attitudes Scale: IPAS of Norris et al. (2015). Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results of the study showed that after participating in the interprofessional education program, the students had statistically significant higher overall attitudes scores regarding multidisciplinary work than those before participating in the program (p <.001). When considering in each aspect, the results showed that the attitude mean scores in all aspects were statistically significantly higher than those before participating in the program. The increasing scores of each dimension were ordered as followed: 1) patient centered, 2) teamwork, role, and responsibility, 3) respect for diversity of culture and morality 4) bias with multidisciplinary team, and 5) community-centered, respectively (p <.001). The interprofessional education program can be applied for all students of Allied Health Science programs and also expand this program for students in other programs, such as physician, pharmacist, and physical therapist students so that they can better learn together.

Keywords: the interprofessional education program, attitudes towards multidisciplinary work, allied health science students

บทนำ

ปัจจุบันในทางการแพทย์มีการเพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น ขณะเดียวกันภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังมีอุบัติการณ์สูงอยู่ ดังนั้นบุคลากรที่ทำงานในวงการสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยความหลากหลายทางสหสาขาวิชาชีพและการทำงานเป็นทีม สามารถที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย[2-4] อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่าการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพยังพบปัญหาอุปสรรคบางประการที่ทำให้การทำงานไม่เป็นไปตามที่มุ่งหวัง เช่น การขาดความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ การไม่เคารพหรือให้เกียรติซึ่งกันและกันระหว่างวิชาชีพ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการทำงาน และส่งผลต่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพต่อผู้รับบริการในที่สุด[5]

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางแก้ไขสถานการณ์ปัญหาของกำลังคนดังกล่าว คือ การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE) ซึ่งหมายถึงการจัดการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนตั้งแต่ 2 วิชาชีพขึ้นไปเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ในการดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งการเรียนรู้บทบาทของสหสาขาวิชาชีพไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ[6] ส่วนในวงการศึกษาไทยได้เริ่มนำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินการจัดการศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2557 โดยมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (IPE) ขึ้นประกอบด้วยตัวแทนจากสถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพจากหลากหลายวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเภสัชกร เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ และมีการขยายการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ[7]

ทัศนคติของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทัศนคติต่อวิชาชีพสามารถพัฒนาได้ตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา โดยถ้านักศึกษาได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการทำงานกับสหวิชาชีพได้[8] ทั้งนี้ทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ความคิดเห็นทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การทำงานเป็นทีม, บทบาทและความรับผิดชอบ 2) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) ความมีอคติกับสหสาขาวิชาชีพ 4) การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและคุณธรรม และ 5) การยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง[9] และจากการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถทำให้นักศึกษามีทัศนคติต่อการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในทางที่ดีขึ้นได้[10] ดังนั้น จึงเป็นสิ่งมีความสำคัญที่สถาบันการศึกษาทางสุขภาพจำเป็นที่ต้องมีการเตรียมพร้อมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของนักศึกษาเหล่านี้ให้มีทัศนคติไปในทางบวก เพื่อความพร้อมสำหรับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเมื่อสำเร็จการศึกษาและออกไปทำงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ในฐานะสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ดูแลรับผิดชอบการผลิตนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องออกไปทำงานดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีลักษณะการทำงานในเชิงสหสาขาวิชาชีพ ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนานักศึกษาเหล่านี้ให้มีความรู้สึกที่ดีมีทัศนคติในทางบวกกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของนักศึกษาเหล่านี้ได้หรือไม่ โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้เป็นโปรแกรมที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ทักษะของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 2) แนวคิดของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 3) กลวิธีทางสุขภาพของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ และ 4) การบูรณาการความรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพ โดยนำมาจากแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพขององค์การอนามัยโลก[6] ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาที่ช่วยพัฒนานักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คำถามการวิจัย

ทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2562 จากสถาบันพระบรมราชชนกที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 3 สถาบัน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จำนวน 239 คน นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 46 คน และนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จำนวน 55 คน รวม 340 คน

กลุ่มตัวอย่าง

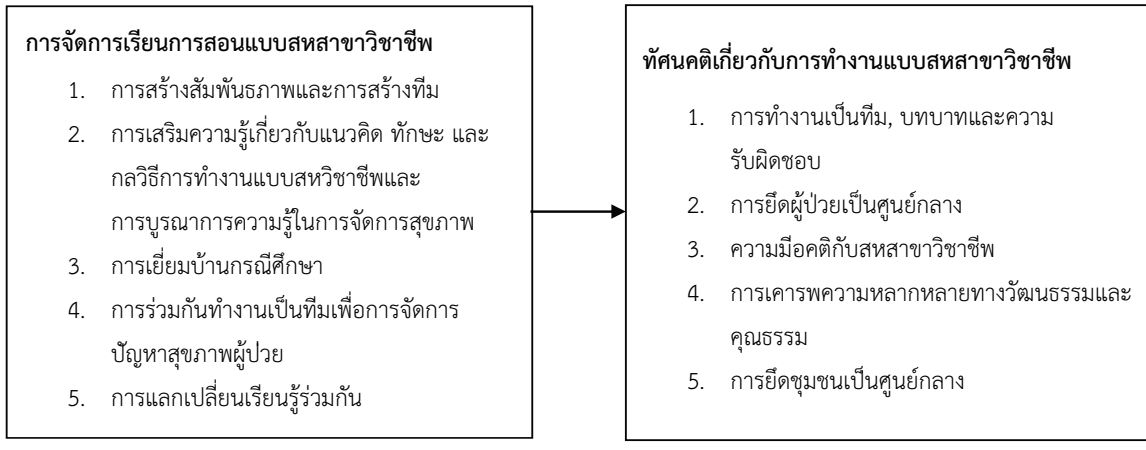
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3 หลักสูตร จำนวน 50 คน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 20 คน นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน และนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จำนวน 15 คน การคัดเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562
2. ไม่เคยเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพมาก่อน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนไม่ครบทุกขั้นตอน
2. ลาออกหรือยุติการเรียนในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย



3. ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

4. มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 3 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 47 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[6] อธิบายว่าการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพควรคำนึงถึงการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ การศึกษาปัญหาตามบริบทพื้นที่ การฝึกการทำงานเป็นทีม การให้ผู้เรียนเข้าใจบทบาทของวิชาชีพอื่น ๆ การฝึกทักษะการสื่อสารและการสะท้อนคิด รวมทั้งการฝึกการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ จึงจะสามารถช่วยพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพของผู้เรียนได้ ทีมผู้วิจัยจึงจัดหน่วยการเรียนรู้ย่อย 4 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ทักษะของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 2) แนวคิดของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 3) กลวิธีทางสุขภาพของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ และ 4) การบูรณาการความรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 2 ระยะ รวม 5 วัน ดังนี้คือ ระยะที่ 1 ใช้เวลา 3 วัน เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการทำงานเป็นทีม การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและทักษะการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ กลวิธีทางสุขภาพของนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ และการบูรณาการความรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกรณีศึกษาในชุมชนและร่วมวางแผนการให้การดูแลร่วมกันตามบทบาทของสหสาขาวิชาชีพ ส่วนระยะที่ 2 ใช้ระยะเวลา 2 วัน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแผนงานโครงการที่วางไว้ และร่วมประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้รับกับอาจารย์พี่เลี้ยง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถาบันการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ และศาสนา ลักษณะคำถามเป็นคำถามเลือกตอบ

2.2 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยจากมาตรวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Attitudes Scale: IPAS)[9] ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นและนำไปใช้ในการวัดทัศนคติการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยยูท่า สหรัฐอเมริกา จำนวน 1,549 คน โดยได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้แปลเป็นภาษาไทยได้[9] แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในแต่ละองค์ประกอบย่อยอยู่ระหว่าง 0.60-0.92 เครื่องมือมี 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การทำงานเป็นทีม บทบาทและความรับผิดชอบ 2) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) ความมีอคติกับสหสาขาวิชาชีพ 4) การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและคุณธรรม และ 5) การยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามที่มีข้อความเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน เช่น ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง จะให้คะแนน เท่ากับ 1 เป็นต้น จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดมากำหนดระดับทัศนคติ เป็น 3 ระดับ คือ ถ้าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67-5.00 แสดงว่ามีทัศนคติในระดับดี และคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แสดงว่าทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่ามีทัศนคติในทางลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์การสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลและอาจารย์ทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของการแปลจากภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย และการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษและความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษา

ค่าดรรชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.85 โดยข้อที่มีค่าดรรชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ต่ำกว่า 0.80 ผู้วิจัยมีการปรับแก้ไขข้อความการใช้ภาษาตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ต่อไป

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านย่อยอยู่ระหว่าง 0.87-0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 4/2562

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ภายหลังได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ผู้วิจัยมีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมอาจารย์ประจำกลุ่มและอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการประชุมเพื่อทำความเข้าใจหลักการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ และครั้งที่ 2 เป็นการชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ 2 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 2 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1

วันที่ 1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม จากนั้นผู้สอนให้ผู้เรียนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในหัวข้อ ทักษะของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ แนวคิดของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ กลวิธีทางสุขภาพของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ การบูรณาการความรู้เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพ จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน โดยในแต่ละกลุ่มจะมีสมาชิกจากทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนการจัดทำโครงการเพื่อจัดการสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

วันที่ 2 ผู้สอนให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มลงฝึกปฏิบัติตามแผนโครงการที่กำหนดไว้โดยมีอาจารย์พี่เลี้ยงจากแหล่งฝึกและอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นที่ปรึกษา โดยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมงในการลงพื้นที่

ครั้งที่ 2

วันที่ 1 ผู้สอนให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการดำเนินโครงการที่ได้ลงมือปฏิบัติและนำเสนอการถอดบทเรียน

วันที่ 2 อาจารย์พี่เลี้ยงและอาจารย์ประจำกลุ่มร่วมกันอภิปรายผลการเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียน

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.72 อายุ 21-25 ปี ร้อยละ 97.87 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.87 และมีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ระหว่าง 2.50- 3.00 มากที่สุด ร้อยละ 46.80 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,001-6,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 46.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	21.28
หญิง	37	78.72
อายุ (ปี) (Mean =21.87; SD. = 3.22, Min = 21, Max = 29)		
21 - 25	46	97.87
26 - 30	1	2.13
ศาสนา		
พุทธ	46	97.87
คริสต์	1	2.13
เกรดเฉลี่ยสะสม (Mean = 2.88, SD. = 0.37, Min = 2.14, Max= 3.69)		
2.00-2.50	11	23.40
2.51-3.00	22	46.80
3.01-3.50	13	27.67
3.51-4.00	1	2.13
รายได้ต่อเดือน (บาท) (Mean = 4,993.62; SD. = 1,605.62)		
2,000-4,000	20	42.56
4,001-6,000	22	46.80
6,001-8,000	3	6.38
8,001-10,000	2	4.26

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ

ทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพฯ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ			หลังเข้าโปรแกรมฯ			Paired Differences		Paired t-test
	Mean	SD.	ระดับทัศนคติ	Mean	SD.	ระดับทัศนคติ	Mean	SD.	
การทำงานเป็นทีม, บทบาทและความรับผิดชอบ	3.85	0.20	ดี	4.33	0.44	ดี	+0.49	0.48	6.961***
การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.98	0.13	ดี	4.51	0.41	ดี	+0.53	0.46	7.840***
ความมีอคติกับสหสาขาวิชาชีพ	3.18	0.57	ปานกลาง	3.61	1.00	ดี	+0.43	0.99	2.934***
การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและคุณธรรม	3.90	0.24	ดี	4.38	0.52	ดี	+0.48	0.54	6.120***
การยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง	3.83	0.26	ดี	4.21	0.44	ดี	+0.39	0.45	5.899***
โดยรวม	**3.80**	**0.15**	**ดี**	**4.27**	**0.36**	**ดี**	**+0.46**	**0.37**	**8.649**

***p<.001

2. ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการทดสอบสมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าไม่มีนัยสำคัญ (p>.05) แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ และเมื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ paired t-test พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงตามลำดับคือ 1) การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) การทำงานเป็นทีมบทบาทและความรับผิดชอบ 3) การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและคุณธรรม 4) ความมือคติกับสหสาขาวิชาชีพ และ 5) การยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตามลำดับ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดโอกาสให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งกำลังจะสำเร็จการศึกษาไปทำงานเป็นบุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถานการณ์จริงได้มีโอกาสเรียนรู้ที่จะเข้าใจบทบาทของวิชาชีพอื่นผ่านกระบวนการเรียนการสอนเชิงรุก และการเรียนรู้จากกรณีศึกษาที่เป็นผู้รับบริการจริงร่วมกับเพื่อนนักศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่นสามารถช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในทางบวกกับนักศึกษาเหล่านี้ได้

เหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและของวิชาชีพอื่นต่อผู้ป่วยพอสมควร ดังนั้น เมื่อได้เข้ามาร่วมเรียนรู้กับนักศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น จึงเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้และเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้เร็วและค่อนข้างดี ประกอบกับกิจกรรมการเรียนการสอนในโปรแกรมฯที่จัดขึ้น เป็นลักษณะของการใช้องค์ความรู้ร่วมกันในการวางแผนการดูแลกรณีศึกษาที่อยู่ในความรับผิดชอบตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนและพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกในทางบวกต่อการเรียนรู้ร่วมกันเป็นอย่างดี[11]

และเมื่อพิจารณารายละเอียดของโปรแกรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพพบว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นล้วนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่จุดเริ่มต้นของกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์จนถึงขั้นประชุมวางแผนและลงมือดำเนินโครงการตามแผนที่วางไว้ กล่าวคือในกิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่จัดขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากสหสาขาวิชาชีพจากต่างสถาบันได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยละลายพฤติกรรมให้แต่ละบุคคลเปิดใจที่จะเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น และรู้จักการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพที่ว่าการเริ่มต้นการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพควรมีกิจกรรมเพื่อให้ทุกคนทำความรู้จักซึ่งกันและกัน เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นและเข้าใจทักษะการสื่อสารกับวิชาชีพอื่นได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้เรียนเหล่านี้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพในที่สุด[12-13] ส่วนกิจกรรมเสริมความรู้ที่อาจารย์ได้ทบทวนเพิ่มเติมให้นักศึกษา ได้แก่ แนวคิดและทักษะของนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ และกลวิธีทางสุขภาพ และแนวทางในการบูรณาการความรู้สู่ผู้รับบริการล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนได้แนวคิดและตระหนักถึงความสำคัญของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับบทบาท

ของครูผู้สอนในการชี้แนะทักษะและเทคนิคการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ และเกิดมุมมองทางบวกกับการทำงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพได้[14]

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้สามารถทำให้ทัศนคติต่อการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพดีขึ้น อาจเป็นเพราะกิจกรรมที่นักศึกษามีส่วนร่วมในครั้งนี้กิจกรรมหนึ่ง คือกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อให้นักศึกษาร่วมทีมกันในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพเรียนรู้กรณีศึกษา ที่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่จริง โดยการพูดคุยซักถามและดูลักษณะความเป็นอยู่ของผู้ป่วยแต่ละรายที่บ้าน ก่อนที่จะนำมาเป็นข้อมูลวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจปัญหาและชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล รวมทั้งการคำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทชุมชนของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ประสบการณ์สำคัญที่นักศึกษาได้รับจากการเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ คือ การเรียนรู้ตามสภาพจริง และการเรียนรู้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของประชาชน ทำให้นักศึกษามีความเข้าใจผู้รับบริการมากขึ้นนั่นเอง[15] และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มองเห็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสาขาวิชาชีพอื่น และเห็นการทำงานเป็นทีมร่วมกันในการให้บริการผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น ลดอคติในการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่น จนทำให้หล่อหลอมความรู้สึกในทางบวกต่อการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในที่สุด[16] ซึ่งการที่นักศึกษามีทัศนคติในทางบวกต่อการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพนับเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้นักศึกษาเหล่านี้เกิดความรู้สึกที่อยากจะเรียนรู้เกี่ยวกับนักศึกษาสาขาอื่น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ[10]

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถเพิ่มทัศนคติในการทำงานเป็นทีม ทั้งโดยรวม และรายด้านได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความรับผิดชอบและด้านการรู้จักบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพอื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001[17] และยังสอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศไทยที่ศึกษาผลของการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ขึ้นไปจากสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ 3 สถาบัน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้และเข้าใจบทบาทของสาขาวิชาชีพอื่น และคะแนนความสามารถในการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[18] เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยอีกเรื่องหนึ่งที่พบว่าหลังเข้าร่วมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์และทันตสาธารณสุขศาสตร์มีทัศคติต่อการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0003[19] อย่างไรก็ตามข้อที่ควรคำนึงคือเครื่องมือที่ใช้ในการวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในงานวิจัยแต่ละเรื่องจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ดังนั้นอาจเป็นข้อจำกัดประเด็นหนึ่งในการเปรียบเทียบข้อมูลทัศนคติที่ได้มาจากการวิจัยแต่ละเรื่องอาจไม่เป็นแนวคิดเดียวกันนักจนกว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือวัดทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่เป็นมาตรฐาน

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกิจกรรมที่มีการจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษา 3 วิชาชีพ คือ พยาบาล นักสาธารณสุขศาสตร์ และแพทย์แผนไทย ซึ่งพบจุดดี คือ ทำให้นักศึกษาได้ใช้ความรู้ของวิชาชีพตนเองมาใช้ร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ส่งผลให้โครงการที่วางแผนมีความครอบคลุมมากขึ้น มีการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้[20] เช่น ในขณะที่พยาบาลเน้นการดูแลด้านจิตใจ นักสาธารณสุขก็สามารถประเมินบริบทของผู้ป่วยว่าจะมีเครือข่ายในชุมชนใดที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยได้บ้าง และขณะเดียวกันแพทย์แผนไทยก็มีมุมมองในเรื่องการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามจุดที่ควรปรับปรุงสำหรับการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะดังกล่าว คือ บางครั้งอาจมีนักศึกษาบางรายที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในการเสนอแนะสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของอาจารย์

พี่เลี้ยงที่ต้องกระตุ้นให้นักศึกษาเหล่านี้กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เป็นต้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างและใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น โดยไม่ได้กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหลักสูตรให้เท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป โดยอาจมีการขยายสาขาวิชาของนักศึกษาที่เข้ามาร่วมในโปรแกรมให้มีความหลากหลายมากขึ้น นอกเหนือจากสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น วิศวกรรม หรือสถาปัตยกรรม หรือเปิดโอกาสให้นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่นเข้ามาร่วมด้วย เช่น นักศึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือกายภาพบำบัด เป็นต้น

2. โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้เป็นโปรแกรมเสริมหลักสูตรที่นอกเหนือจากการเรียนการสอนปกติ โดยใช้ระยะเวลาเพียงสั้น ๆ คือ 5 วัน ดังนั้นจึงอาจเป็นแนวคิดสำหรับการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ใช้ระยะเวลายาวขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่แปลจากต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยครั้งแรก โดยมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ค่อนข้างสูง จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินทัศนคติในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ได้ต่อไป

4. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายที่กำลังสำเร็จการศึกษา ยังไม่ครอบคลุมนักศึกษาทุกชั้นปี ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกชั้นปี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่เป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในหลักสูตรปกติที่ครอบคลุมทั้ง 4 ชั้นปี สำหรับนักศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย เช่น คุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง เป็นต้น

3. ติดตามทัศนคติเกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาภายหลังจบไปทำงานว่าทัศนคติฯ มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

References

1. Woermann U, Weltsch L, Kunz A, Stricker D, Guttormsen S. Attitude towards and readiness for interprofessional education in medical and nursing students of Bern. GMS J Med Educ 2016;33(5): 1-23.
2. Buring SM, BhushanmA, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hwewitt W, Hansen L, Westberg S. Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation. Am J Pharm Educ 2009;73(4):1-8.
3. Anderson ES. Evaluating interprofessional education: An important step to improving practice and influencing policy. J Taibah Univ Medical Sci 2016;11(6):571-78.
4. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface (Botucatu) 2019;20(56):185-96.
5. Roslan NS, Yusoff M, Rahim AF, Hussin ZA. Together we stand, divided we fall: Interprofessional collaborative practice competencies from Malaysian medical professionals' perspectives. J Taibah University Med Sci 2016;11(6):533-40.
6. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. [Internet]. 2010. [Cited 2020 April 2]. Available from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=6A28A816395BA060149F309FB855D5F9?sequence=1
7. National Health Professional Education Foundation. Interprofessional education—IPE. [Internet]. 2010. [Cited 2020 April 2]. Available from https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/newsfile/depdocument/pdf
8. Guinan EM, Barrett EM, Neill F, Grimes T, Sullivan D. Attitudes to interprofessional education among health science students engaging in a multidisciplinary workshop series. Int J Health Sci Educ 2018;5(1):1-10.
9. Norris J, Lassche M, Joan C, Eaton J, Guo J, Pett M, Blumenthal D. The development and validation of the interprofessional attitudes scale: Assessing the interprofessional attitudes of students in the health professionals. Academic Medicine 2015;90:1394-400.
10. Ruebling I, Pole D, Breitbach AP, Frager A, Kettenbach G, Westhus N, Kienstra K, Carlson J. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. J Inter Care 2013;28(1):23-7.
11. Lim D, Noble-Jones R. Interprofessional education (IPE) in clinical practice for pre-registration nursing students: A structured literature review. Nurs Educ Today 2018;68:218-25.
12. El-Awaisi A, Anderson E, Barr H, Wilby KJ, Wilbur K, Bainbridge L. Important steps for introducing interprofessional education into health professional education. J Taibah University Med Sci 2016;11(6):546-51.

13. Roberts LD, Davis MC, Radley-Crabb HG, Broughton M. Perceived relevance mediates the relationship between professional identity and attitudes towards interprofessional education in first-year university students. J Interprof Care 2018;32(1):33-40.
14. Tran C, Kaila P, Salminen H. Conditions for interprofessional education for students in primary healthcare: a qualitative study. BMC Med Educ 2018;18(122):1-8.
15. Stetten NE, Black EW, Edwards M, Schaefer N, Blue AV. Interprofessional Service-learning experiences among health professional students: A systematic search and review of learning outcomes. J Interprof Educ & Pract 2019;15:60-9.
16. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface (Botucatu) 2019;20(56):185-96.
17. Mishoe SC, Tufts KA, Diggs LA, Blando JD, Claiborne DM, Hoch JM, Walker ML. Health professions students' Attitudes toward teamwork before and after an interprofessional education co-curricular experience. J Res Interprof Prac & Educ 2018;8(1):1-16.
18. Yuenyow T, Howharn C, Promsuan W. Effects of interprofessional education on perception on interprofessional roles and responsibility, and teamwork. J Nurs Public Health & Educ 2018;20(1):137-47. (in Thai)
19. Sarakshetrin A, Sriyasak A, Ketin V, Rongmuang D. A development of interprofessional education learning model for health promotion among the elderly in the community. J Health & Nurs Res 2019;35(2):140-52. (in Thai)
20. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. J Chiropr Educ 2015;29(1):1-10.

บทความวิจัย

การตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร

Decision on Working for Government Organizations after Graduation of Nursing Students under the Ministry of Public Health in Bangkok Metropolis

Received: Jan 14, 2020
Revised: Mar 25, 2020
Accepted: Mar 27, 2020

อนุกูล หุ่นงาม วท.ม. (Anugool Hoonngarm, M.S.)[1]
บุรณี กาญจนถวัลย์ พ.บ., วท.ม. (Buranee Kanchanatawan, M.D., M.S.)[2]

บทคัดย่อ

จากปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลในภาครัฐ ส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพไม่ทั่วถึง และเกิดอุปสรรคในการทำงาน นักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่ถูกผลิตเพื่อเป็นบุคลากรในอนาคต ที่มีอิทธิพลในการคงอยู่ในองค์กรของรัฐ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ (1) ศึกษาอัตราของการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร (2) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 226 คน แบบวัดที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลด้านบุคคล ด้านครอบครัว สังคม และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า องค์กรที่นักศึกษาตัดสินใจเลือกหลังจบการศึกษาคือ องค์กรราชการ มีอัตราการคงอยู่ ร้อยละ 65.9 และปัจจัยด้านองค์กรมีผลต่อความคิดเห็นด้านการคงอยู่ในองค์กรรัฐอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.84, SD. = 0.35) โดยเฉพาะในด้านองค์กรที่ตัดสินใจเลือกต้องก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์ (OR = 1.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อความคิดเห็นด้านการคงอยู่ในองค์กรรัฐอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, SD. = 0.63) โดยปัจจัยในภาพรวมด้านครอบครัว (OR = 2.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยด้านเพื่อนมีผลต่อความคิดเห็นด้านการคงอยู่ในองค์กรรัฐอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.24, SD. = 0.55) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากและเห็นได้ชัดเจน ที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของรัฐ คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านองค์กรตามลำดับ

คำสำคัญ: การตัดสินใจ, คงอยู่, องค์กรของรัฐ, นักศึกษาพยาบาล

[1] *Corresponding author นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
E-mail: nickanugool@gmail.com
[2] *รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: drburanee@gmail.com*
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

The shortage of nursing personnel working for the public sector contributes to incomprehensive health services and work impediments. Nursing students are therefore produced to be future personnel influential in working for government organizations. This descriptive study aimed to: (1) assess the decision rates in working for government organizations after graduation of nursing students under the Ministry of Public Health (MOPH) in Bangkok Metropolis; (2) examine factors influencing decision-making related to working for government organizations after graduation of nursing students under the MOPH in Bangkok Metropolis. Participants consisted of 226 senior nursing students studying at nursing colleges regulated by the MOPH in Bangkok Metropolis. Research instruments included a demographic questionnaire (personal information, family information, and society), and opinions regarding factors influencing decision-making in adhering to an organization. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis.

Results showed that the organizations for which nursing students decided to work after graduation were government organizations (65.9%). Organizational factors significantly highly affected the decision on working for government organizations (Mean = 3.84, SD. = 0.35); in particular, the organization for which nursing students decided to work needs to provide knowledge resources and experience (OR = 1.70, p = .05). Family factor significantly highly affected the decision on working for government organizations (Mean = 3.78, SD. = 0.63); particularly, the overall family factors (OR = 2.02, p = .01). Social factors moderately affected the decision on working for government organizations (Mean = 3.24, SD. = 0.55). Taken together, factors highly affected the decision on working for government organizations were family factors, and organizational factors, respectively.

Keywords: decision-making, work, government organizations, nursing students

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ปัญหาความขาดแคลนส่วนใหญ่เกิดจากการลาออกของพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในที่ประชุม High Level Commission on Health Employment and Economic Growth ขององค์การสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2559 มีการเรียกร้องให้ทุกประเทศ แก้ไขปัญหาความขาดแคลนอย่างจริงจัง ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศเกิดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจในประเทศไทย[1] จากการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลมีนโยบายในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างบริหารราชการ ปรับลดอัตราบุคลากรด้านการพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มขึ้น ลักษณะงานยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพเริ่มทยอยลาออก ส่งผลให้องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเริ่มขาดแคลนพยาบาล[2] จากการวิจัยของ Wongsunobparat และ Pipatnanon[3] พบว่าพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย อยากลาออกจากวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 47.10 และร้อยละ 56.00 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า สถาบันพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้น จำนวน 60 แห่ง ผลิตบัณฑิตจากนักศึกษาที่รับใหม่ ประมาณ 6,000 คน และจากสถาบันที่คาดว่าจะเปิดใหม่อีก 20 แห่ง รวมแล้วน่าจะมีนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษา 6,500 คนต่อปี แต่ถึงอย่างไรแม้

จะมีการผลิตเพิ่มขึ้นแต่พยาบาลก็ไม่มีความเพียงพอ เนื่องจากมีการกระจายตัวที่จะลงในเขตเมืองมากกว่าต่างจังหวัด เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างของประชากรต่อบุคคล จาก 5.20 เท่าในปี พ.ศ. 2544 ลดลงเป็น 1.5 เท่าในปี พ.ศ 2552[4] การแก้ปัญหาโดยการเพิ่มการผลิตพยาบาลนั้นปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว เนื่องจากภาระงาน การตลาดด้านอุตสาหกรรม และการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ ทำให้พยาบาลจบใหม่มีโอกาสในการเข้าสู่ระบบเอกชนมากยิ่งขึ้น[5]

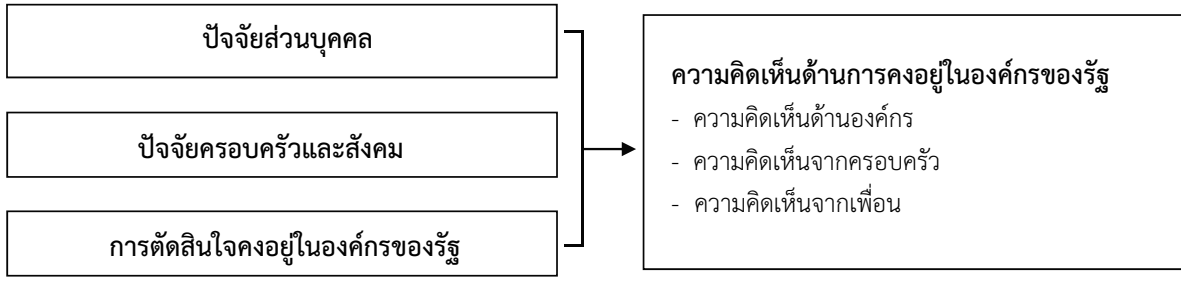
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพยาบาล มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับผลการศึกษา ค่าตอบแทน ภาระงาน และภูมิลำเนา ปัจจัยด้านครอบครัวหรือผู้อุปการะ ประกอบด้วย อาชีพของบิดา มารดาหรือผู้อุปการะ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความคาดหวังของครอบครัว ปัจจัยด้านการคงอยู่ ประกอบด้วย ด้านองค์กร เช่น วัฒนธรรมและค่านิยม ความต่อเนื่องในการทำงานและความมั่นคง ด้านครอบครัว และด้านเพื่อน

จากปัญหาดังกล่าว ที่ทำการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเคยศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความสนใจต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในขั้นก่อนเริ่มต้นทำงานในองค์กร คือกลุ่มของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มทำงานในองค์กร นอกจากนั้น พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร มีโอกาสย้ายงานเปลี่ยนงานไปตามองค์กรเอกชนได้ง่าย เพราะมีองค์กรเอกชนให้เลือกจำนวนมาก และมีค่าตอบแทนที่มากกว่าผลตอบแทนขององค์กรรัฐ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่เปิดกว้างในกรุงเทพมหานคร มีองค์กรที่สามารถทำงานได้หลากหลาย เช่น สถานพยาบาลเอกชน สถานเลี้ยงดูผู้สูงอายุ บริษัทเอกชน ฯลฯ ถ้าองค์กรสามารถรับรู้ถึงกระบวนการตัดสินใจก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงานจริง ย่อมสามารถธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้เพียงพอต่อภาครัฐได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราของการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิด



นิยามศัพท์เฉพาะ

การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจทำงานอยู่ในองค์กรของรัฐ เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาล ที่เป็นหน่วยงานราชการ ฯลฯ หลังจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแล้ว

องค์กรของรัฐ หมายถึง องค์กรที่มีวัตถุประสงค์ให้บริการประชาชน โดยไม่แสวงหาผลกำไรหรือผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ เช่น โรงพยาบาล หน่วยงาน ที่กำกับในการดูแลของกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร

คงอยู่ หมายถึง การดำรงอยู่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ถึงความมั่นใจที่จะปฏิบัติงานในองค์กรรัฐ หลังสำเร็จการศึกษาแล้ว ที่ไม่ติดสัญญาทุนหรือชดใช้ทุนหมด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด จำนวน 226 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 226 คน ผู้วิจัยเก็บได้ครบ 100% ของประชากรเป้าหมาย (Target population) ครบทั้งหมด 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน โดยนักศึกษาต้องตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1. แบบวัดข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบไปด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย ภูมิลำเนาเดิม และข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับความพึงพอใจและรู้สึกถึงคุณค่ากับการทำงานหลังจากจบการศึกษา การตัดสินใจเลือกทำงานกับองค์กรหลังจากสำเร็จการศึกษา

2. แบบวัดข้อมูลด้านครอบครัว ผู้อุปการะ และสังคม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบไปด้วย อาชีพบิดา มารดา หรือผู้อุปการะ อาชีพ พี่น้อง ร่วมบิดามารดาที่ทำงานแล้ว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา มารดาหรือผู้อุปการะ และพี่น้องร่วมบิดามารดาที่มีงานทำแล้ว ความคาดหวังของบิดา มารดา คู่รักหรือผู้อุปการะ บุคคลที่ยึดถือเป็นแบบอย่างในการวางแนวทางชีวิต

3. แบบวัดความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลการตัดสินใจต่อการคงอยู่ในองค์กร เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรที่พัฒนาขึ้นโดย Waisriseang[6] ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบ (pretest) ในการหาค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดตัวแปร กับนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี และหาค่าสัมประสิทธิ์ alpha ของ Cronbach ได้ค่า alpha เท่ากับ 0.796 ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) จำนวน 3 ส่วน เป็นคำถามปลายปิด (closed end question) ชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ลำดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านองค์กรภายในและภายนอก 15 ข้อ ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ข้อ และปัจจัยด้านเพื่อน 5 ข้อ มีทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านองค์กร มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 9, 11, 13 และ ข้อ 14 และคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 7, 8, 10, 12 และข้อ 15

ปัจจัยด้านครอบครัว มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17 และ ข้อ 19 และคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 18 และข้อ 20

ปัจจัยด้านเพื่อน มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21, 23 และข้อ 24 และคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22 และข้อ 25

การกำหนดค่ามาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

ข้อความเชิงบวก (Positive questions) ได้ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5 คะแนน
เห็นด้วย	ได้	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1 คะแนน

ข้อความเชิงลบ (Negative Question) ได้ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1 คะแนน
เห็นด้วย	ได้	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5 คะแนน

จากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล ทำการแปลผลโดยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมารวมกันแล้วคิดค่าคะแนนเฉลี่ยให้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการคงอยู่กับองค์กร อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการคงอยู่กับองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการคงอยู่กับองค์กร อยู่ในระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หนังสือเลขที่ 271/2562 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ทำการศึกษา โดยข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งปัจจุบันและอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักศึกษาส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 210 คน (ร้อยละ 92.90) มีอายุเฉลี่ย 21.75 ปี เกรดเฉลี่ย 3.11 ภูมิลำเนาส่วนมากมาจากต่างจังหวัด (ร้อยละ 62.80) และเป็นจังหวัดในภาคกลาง (ร้อยละ 62.70) นักศึกษาเกือบทุกคนได้รับทุนการศึกษาในระหว่างเรียน (ร้อยละ 99.10) หลังจากที่สำเร็จการศึกษา ไม่มีปัญหาในด้านการเงิน หากจะชดใช้ทุนด้วยการจ่ายเงิน (ร้อยละ73.20) ความพึงพอใจและรู้สึกถึงคุณค่าในการทำงานพบว่าส่วนใหญ่ต้องการทำงานที่มีความมั่นคงในชีวิต (ร้อยละ 56.60) และได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและส่วนรวม (ร้อยละ 40.00) ตามลำดับ หลังจากที่จบการศึกษาและไม่มีปัญหาในการชดใช้ทุน นักศึกษาตัดสินใจเลือกที่จะทำงานในองค์กรราชการ (ร้อยละ 65.90) และในส่วนองค์กรไม่ใช่ราชการ เลือกที่จะทำในบริษัทเอกชนหรือสถานพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 49.40) และทำงานส่วนตัวหรือประกอบอาชีพอิสระ (ร้อยละ 39.0) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล (n = 226)

ข้อมูลด้านบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
องค์กรที่เลือกตัดสินใจ		
องค์กรราชการ	149	65.90
องค์กรไม่ใช่ราชการ	77	34.10
รัฐวิสาหกิจ	7	9.10
บริษัทเอกชนหรือสถานพยาบาลเอกชน	38	49.30
ทำงานส่วนตัวหรือประกอบอาชีพอิสระ	30	39.00
อื่นๆ	2	2.60

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของรัฐ (n = 226)

ปัจจัย	การคงอยู่ในองค์กรของรัฐ				
	n	Mean	SD.	t	p-value
ความคิดเห็นด้านครอบครัว					
อยู่ในองค์กร	149	19.3490	3.06446	2.854	.005**
ไม่อยู่ในองค์กร	77	18.0909	3.28546		
องค์กรที่ตัดสินใจเลือกต้องก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์					
อยู่ในองค์กร	149	4.52	.565	2.447	.015*
ไม่อยู่ในองค์กร	77	4.32	.549		
เครื่องแบบและเครื่องแต่งกายมีผลต่อการตัดสินใจ					
อยู่ในองค์กร	149	2.51	.942	-2.029	.044*
ไม่อยู่ในองค์กร	77	2.79	1.080		

**P < .01, *P < .05

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของรัฐ (n = 226)

ปัจจัยที่ศึกษา	t	p-value	R^2	F	df	p-value
Model			**7.8%**	**6.22**	**222/225**	**<.001**
- ความคิดเห็นจากครอบครัว (ความภาคภูมิใจ, การโน้มน้าว, ความคาดหวัง, อิทธิพลต่อการเลือกองค์กร, การเอาใจใส่ดูแล)	3.002	.003				
- การเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์	2.048	.042				
- เครื่องแบบและเครื่องแต่งกาย	-2.213	.028				

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่นำมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อทดสอบด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการคงอยู่ในองค์กรของรัฐกับระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ โดยที่ปัจจัยด้านครอบครัว มีระดับความคิดเห็นการคงอยู่ในองค์กร มากกว่าระดับความคิดเห็นไม่อยู่ในองค์กร และพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กรที่ตัดสินใจเลือกต้องก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรโดยผู้ที่อยู่ในองค์กร (Mean = 4.52) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่อยู่ในองค์กร (Mean = 4.32) และปัจจัยด้านเครื่องแบบและเครื่องแต่งกายมีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กร โดยผู้ที่ไม่อยู่ในองค์กร (Mean = 2.79) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อยู่ในองค์กร (Mean = 2.51) ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่า $y = 2.210 + 3.002$ (ความคิดเห็นจากครอบครัว)-2.213 (เครื่องแบบและเครื่องแต่งกาย) + 2.048 (การเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์) ได้แก่ การตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 7.80 ($R2 = .078$, $p < .05$) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความคิดเห็นจากครอบครัว เครื่องแบบและเครื่องแต่งกาย และองค์กรที่ตัดสินใจเลือกก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์ ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. ศึกษาอัตราของการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร สูงถึงร้อยละ 65.90 และพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการคงอยู่ในองค์กรของรัฐโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.71, SD. = 0.33) อภิปรายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร มีอัตราการคงอยู่ในองค์กรค่อนข้างมาก โดยเฉพาะด้านครอบครัว และด้านองค์กร (Mean = 3.84, SD. = 0.35 และ Mean = 3.78, SD. = 0.63 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Urairak[7] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน มีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มที่ทำการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 -4 ที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อเครือญาติ ด้านการฝึกอบรมทั่วไป และด้านวิชาชีพและปัจจัยความพึงพอใจในงาน (Mean = 4.20, SD. = 0.52, Mean = 4.07, SD. = 0.60, Mean = 4.06, SD. = 0.53 และ Mean = 3.61, SD. = 0.66 ตามลำดับ) และงานวิจัยของ Chiwarak[8] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง แรงจูงใจ ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบันและการบูรณาการตนเอง กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.67, SD. = 0.50) อย่างไรก็ตาม มีนักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 34.10 เลือกที่จะไม่อยู่ในองค์กรราชการหากไม่ติดสัญญาทุน โดยส่วนมากเลือกที่จะทำงานในบริษัทเอกชนหรือสถานพยาบาลเอกชน ถึงร้อยละ 49.30 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Topanthanont[9] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์การของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า กลุ่มที่มีระดับความมั่นใจในการไม่คงอยู่ในองค์การ ร้อยละ 21.63 จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเลือกองค์กรราชการ เป็นเพราะความเชื่อใจในวิชาชีพงานที่มีความมั่นคง และสามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในองค์กร นอกจากนั้น ครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเลือกอยู่ในองค์กร เนื่องมาจากความคาดหวังและจากการโน้มน้าวใจของครอบครัว ที่มีความต้องการให้นักศึกษาเลือกที่จะอยู่ในองค์กร อันเนื่องมาจากสวัสดิการที่ครอบครัวได้รับ หรือความมั่นคงในการทำงาน เป็น

ที่น่าสังเกตว่า นักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 99.10 แต่มีผู้ที่ตัดสินใจคงอยู่ต่อในองค์กรเพียงร้อยละ 65.90 ซึ่งต้องมีการพิจารณาถึงมาตรการที่จะช่วยเหลือหรือป้องกันบุคลากรทางการพยาบาล ที่เลือกไม่อยู่ในองค์กรราชการ ออกสู่ระบบอื่น ๆ ต่อไป เช่น เมื่อนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ทุนครบตามจำนวนที่ตกลงไว้ในเบื้องต้นได้ อาจมีการเพิ่มค่าปรับจาก 2 เท่า เป็น 3 เท่า หรือมีการเพิ่มคุณสมบัติให้ผู้ที่ต้องการศึกษาต่อต้องชดใช้ทุนตามเวลาก่อนที่จะศึกษาต่อในระดับเฉพาะทางหรือระดับสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับทุน รู้สึกลังเลที่จะลาออกจากองค์กรราชการ และเมื่อมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมของ Munsook[10] ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการเปลี่ยนสาขาวิชาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการเปลี่ยนสาขาวิชาสูงถึงร้อยละ 70.50 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Urairak[7] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่านักศึกษาที่จบหลักสูตรพยาบาลแล้วไปทำอาชีพอื่นเป็นเพราะไม่มีความตั้งใจที่จะเรียนพยาบาลตั้งแต่แรก คิดเป็นร้อยละ 1.42 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลเลือกที่จะไม่ประกอบอาชีพพยาบาลตั้งแต่แรก อาจเป็นเพราะลักษณะของวิชาชีพที่ไม่มีเวลาที่แน่นอน เมื่อเทียบกับค่าตอบแทนที่ได้รับ และเมื่อทบทวนงานวิจัยในการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานแล้ว ซึ่งงานวิจัยของ Thongniran, Intaraprasong และ Pattara-Archachai[11] ที่ศึกษาถึงความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลาง ประเทศไทย พบว่าความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลาง ประเทศไทยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.96 มีความตั้งใจอยู่ในอาชีพปานกลาง และร้อยละ 34.40 มีความตั้งใจอยู่ในวิชาชีพสูง นอกจากที่นักศึกษาพยาบาลต้องการออกจากองค์กรของรัฐแล้ว ยังมีความต้องการที่จะออกจากงานพยาบาลด้วย อันเนื่องมาจาก ภาระงานจากการทำงาน ความมั่นคง ค่าตอบแทน สวัสดิการ และความพึงพอใจในงาน

2. ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐหลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยด้านครอบครัว

ความคาดหวังของครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ในการคงอยู่ในองค์กรของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Waisriseang[6] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกประกอบอาชีพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความคาดหวังของครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.94, SD. = 1.12) สอดคล้องกับ Hurlock[12] ที่กล่าวว่า ความทะเยอทะยานของบิดามารดาที่ต้องการให้บุตรเป็นไปตามความต้องการของตนเอง จะเป็นไปในทางบวกหรือลบย่อมส่งผลต่อการกระทำของบุตรในอนาคต แสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์กร เมื่อครอบครัวต้องการให้นักศึกษาพยาบาลทำงานในองค์กรของราชการ ก็จะมีการตั้งความหวังและพยายามที่จะส่งเสริม เลี้ยงดูและปลูกฝังความเชื่อ ความคิด ถึงข้อดีของการรับราชการ รวมถึงสวัสดิการที่ได้รับจากราชการ ที่จะมีผลต่อตัวนักศึกษาพยาบาลเองและผลต่อครอบครัวเอง เช่น สวัสดิการด้านการรักษาสุขภาพ สวัสดิการเรื่องการเลี้ยงดู และสวัสดิการเรื่องของเงินเกษียณและสวัสดิการหลังจากที่เกษียณในอนาคต

ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเลือกองค์กร มีความสัมพันธ์ในการคงอยู่ในองค์กรของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Munsook[10] ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการเปลี่ยนสาขาวิชาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บิดา มารดา ผู้ปกครอง ไม่สนับสนุนให้เรียนสาขาวิชาอื่น ร้อยละ 45.80 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaikongkiat[13] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่ทำให้คงอยู่ในงานในระดับมากคือมีภาระที่ต้องดูแลครอบครัว (Mean = 4.11, SD. = 0.88) เช่น บิดา มารดา สามีภรรยา และบุตร จึงมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของครอบครัว เป็นส่วนที่สำคัญอย่างมาก ในการโน้มน้าวทิศทางการทำงานในอนาคตของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยด้านองค์กร

เครื่องแบบและเครื่องแต่งกายมีผลต่อการตัดสินใจ

มีความสัมพันธ์ในการคงอยู่ในองค์กรของนักศึกษาพยาบาลในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Waisriseang[6] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกประกอบอาชีพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เครื่องแบบและเครื่องแต่งกายมีผลต่อการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.52, SD. = 1.00) จากค่า t-test ที่ติดลบ แสดงให้เห็นว่าเป็นผลเชิงตรงข้าม เครื่องแบบและเครื่องแต่งกาย มีผลให้ไม่อยากอยู่ในองค์กรรัฐ (t = -2.029) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย มีเฉพาะกลุ่มที่ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่ได้ศึกษาในวงกว้าง ทำให้ไม่อาจตัดสินใจได้ว่าเครื่องแบบและเครื่องแต่งกายมีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กร แต่ถึงอย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ในหลายๆ องค์กร เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเสริมความงาม อาจจะให้ความสำคัญกับการแต่งกายและภาพลักษณ์ ดังนั้นความสำคัญของภาพลักษณ์ที่ทันสมัย การแต่งตัวที่ทันสมัย จึงมีผลต่อความภาคภูมิใจหรือการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐในตัวอย่างศึกษานี้ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กรุ่นใหม่ในเขตเมือง

องค์กรที่ตัดสินใจเลือกต้องก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์ มีความสัมพันธ์ในการคงอยู่ในองค์กรของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Waisriseang[6] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกประกอบอาชีพของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า องค์กรที่ตัดสินใจเลือกต้องก่อให้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์ อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.35, SD. = .59) ซึ่ง Dibble[14] ได้กล่าวไว้ว่า การบริหารจัดการเกี่ยวกับการคงอยู่ของบุคคล ประกอบด้วยการพัฒนาและโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ได้แก่ โอกาสในการเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะ และโอกาสในการได้เปลี่ยนงานในตำแหน่งที่สูงขึ้นภายในองค์กร สอดคล้องกับ Mathis และ Jackson[15] กล่าวว่า องค์กรที่มีแผนงานในเรื่องของความก้าวหน้าและเปิดโอกาสให้บุคลากรมีการพัฒนาอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการฝึกอบรมหรือการศึกษาต่อเนื่อง จะเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในองค์กรให้สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า ในความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต้องการองค์กรที่เป็นแหล่งเรียนรู้ มีการสนับสนุนให้เรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น มีระบบการสอนงานพยาบาลสำหรับพยาบาลที่จบใหม่ที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study design) ทำเฉพาะนักศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้ และนอกจากนั้นแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไม่มีแบบสอบถามที่เป็นกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จึงใช้แบบสอบถามกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 ในระดับอุดมศึกษา ที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เพื่อให้สถานพยาบาลได้ทราบปัจจัยทำนายการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ หลังสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะช่วยให้องค์กรได้วางแผนสร้างความผูกพัน หรือปรับเปลี่ยนตามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ในองค์กรของรัฐ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของรัฐ เพื่อให้ได้รายละเอียดแล้วนำมาวางแผนในการลดอัตราการออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพในองค์กรของรัฐ

References

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.
2. Division of Personnel MoPH. Human resource planning[Internet]. 2006 [cited 2019 September 29]. Available from: https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/25622006. (in Thai).
3. Wongsunobparat B, Pipatnanon P, Waisheeta S. Job satisfaction of occupational retention of professional nurses working in government hospitals under the Ministry of University Affairs and the Ministry of Public Health. Ramathibodi Nursing Journal 2005;3:251-65. (in Thai).
4. Fahamnuaypon P, Akajumpaka P, Watanamanoo N. Thailand Health Profile 2551-2553. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand publishing; 2011. (in Thai).
5. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. Comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ 2013;1:892-4.
6. Waisriseang J. Factors affecting decision making of undergraduate students in public and private university on occupation selection in Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009. (in Thai).
7. Urairak B. Factors affected intention to stay in nursing professional of police nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016;17(3):99-106. (in Thai).
8. Chiwarak C. Relationships between personal background, motivation, college environmental satisfaction and self-integration with professional commitment of nursing students [Master's degree]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1996. (in Thai).
9. Topanthanont S. Factors influencing retention of nursing employees, government university hospitals[Master's degree]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
10. Munsook J. Factors influencing desire to change studying area of nursing students under Ministry of Public Health[Master's degree]. Changmai: Changmai University; 1995. (in Thai).
11. Thongniran N, Intaraprasong B, Pattara-Archachai J. Intention to stay in occupation of registered nurse at a community hospital region 1 : Central, Thailand. Journal of Nursing Division 2015;42(3): 69-83. (in Thai).
12. Hurlock BE. Child development 4th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1978.
13. Chaikongkiat P. Factors Predicting job retention of professional nurses at Yala Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal 2018;10(1):112-21. (in Thai).
14. Dibble S. Keeping your valuable emloyees. New York: John Wiley and Sons; 1999.
15. Mathis RL, Jackson JH. Human resource management. Edition t, editor. Singapore: South Western; 2004.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม

The Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Prevention of Preterm Labor at the Antenatal Care Unit, Nakhonpathom Hospital

Received: Nov 11, 2019
Revised: Jan 22, 2020
Accepted: Jan 30, 2020

ปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง พย.ม. (Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.)[1]
วีระเดช เฉลิมพลประภา พ.บ., ว.ว. (Veeradej Chalermpolprapa, M.D.)[2]

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการใช้ยายับยั้งการบีบตัวของมดลูกและการคลอดก่อนกำหนด หากการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จจะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 89 คน ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 และ กลุ่มทดลองจำนวน 103 คน ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนด 4) แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับยายับยั้งการคลอด 5) แบบบันทึกการได้รับยาเดกซาเมทาโซน และ 6) แบบบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวกับการคลอดครบกำหนด การคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซาเมทาโซน (Dexamethasone) ครบ 4 เข็ม และการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ดีกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษายืนยันประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, คลินิกฝากครรภ์, แนวปฏิบัติทางคลินิก

[1]*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: panuttita.k@bcn.ac.th*
[2]*สูติ นรีแพทย์กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม Email: veeradate@hotmail.com*
[1]*Boromarajonani College of nursing Bangkok, Bangkok, Thailand.*
[2]*Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom, Thailand*

Abstract

Premature labor is the most common obstetric complication required hospital stay land to be treated with medication to prevent contraction and premature labor. If the treatment is unsuccessful, there will be a preterm labor with negative effects to newborns. This study was a quasi-experimental nonequivalent control groups design. The aim was to examine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for prevention preterm birth in pregnant women at the antenatal care clinic of Nakhonpathom Hospital. The control group comprised of 89 cases that received usual care between February to March 2017. Whereas, the experimental group of 103 cases received antenatal care according to CPGs for prevention preterm birth between February to March 2018. Research instruments were 1) the CPGs for prevention of preterm birth 2) the Personal data recording form, 3) the record for number of cases with term labor, 4) the record for number of cases with term labor after received labor suppressant medication, 5) the dexamethasone medication record form, and 6) the record of cervical dilatation on admission. Data was analyzed using descriptive and chi-square statistics.

The results revealed that pregnant women in the control group that received CPGs for prevention preterm birth had clinical outcomes related to term labor, term labor after receiving labor suppressant medicine, receiving dexamethasone for 4 doses, and cervical dilation < 3 cms at admission significantly higher than the control group ($p<.05$).

The results confirm the effectiveness of implementation of CPGs for the prevention of preterm birth among pregnant women receiving care at antenatal clinic.

Keywords: preterm labor, antenatal care clinic, clinical practice guidelines

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) เนื่องจากการบีบตัวของมดลูกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก มีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ 1 ครั้งใน 8 นาที หรือ 20 ครั้งใน 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกชัดเจน หรือมีการเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซ็นติเมตร หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป[1] โดยได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล[2] หากไม่สามารถยับยั้งการบีบรัดของมดลูกได้จะก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการเกิดก่อนกำหนดนับเป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 พบว่าอัตราตายของทารกปริกำเนิดเท่ากับ 0.49 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนนั้น มักมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด[3] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.00-13.00 สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 12.98[4]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจัดเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยายับยั้งการบีบตัวของมดลูกอันนำมาซึ่งภาวะ

เจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด สตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด[5] ความแข็งแรงของกระดูกลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง[6] ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ สตรีมีครรภ์มีความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด[7] รู้สึกถูกแยกตัวออกจากสังคม หากการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดเกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายของทารกแรกเกิด ซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด[8]

โรงพยาบาลนครปฐมเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลทารกแรกเกิด จากการทบทวนสถิติโรงพยาบาลนครปฐมในปี พ.ศ. 2556-2558 พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.00 ร้อยละ 14.10 และ ร้อยละ 13.76 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 พบมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐม มีภาวะน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.39 ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดร้อยละ 41.03 ภาวะตายปริกำเนิด ร้อยละ 11.79[9] นอกจากนี้ทำให้เกิดสถานการณ์ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบทารก (infant incubator) ทำให้เกิดอัตราการครองเตียงเป็นเวลานาน ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว กองทุนช่วยเหลือต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น และเพิ่มภาระงานของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์โดยการสุ่มเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 3 เดือน พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.13 จากจำนวนการคลอดทั้งหมด 1,203 ราย มีการคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (late preterm) ร้อยละ 65.80 คลอดในช่วง 32-33 สัปดาห์ (moderate preterm) ร้อยละ 10.75 คลอดในช่วงอายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ (very preterm) ร้อยละ 4.43 คลอดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ (extremely preterm) ร้อยละ 2.50 นอกจากนี้พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มมารดาที่มารับบริการฝากครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 5.00 โดยมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 4 เซนติเมตรขึ้นไปและไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ พบถึงร้อยละ 76.50 ซึ่งเป็นการคลอดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 78.00 แบ่งเป็น มารดาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐม ร้อยละ 44.62 โรงพยาบาลภายในและภายนอกจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 55.30 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลแก้ไขที่เป็นระบบตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ

การป้องกันถือเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)[10] การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เป็นการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อสามารถให้การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ทันท่วงที จากการทบทวนการปฏิบัติงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีการคัดกรองสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจน บุคลากรมีการปฏิบัติที่หลากหลายและยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้ศึกษาจึงได้สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศพบนิยมแพร่หลายจำนวน 6 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการทางการพยาบาลของสตรีที่มีการคลอดก่อนกำหนด (The Nursing Management of Women Experiencing Preterm Labor: Clinical Guidelines) ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอเมริกันและองค์กรพยาบาลเฉพาะทาง (The American Nurses' Association and Specialty Nursing Organization)[11] 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการตัดสินใจในการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth, Making a Difference Clinical Practice Guidelines) ที่พัฒนาโดยสมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม ประเทศแคนาดาปี ค.ศ. 2002[12] 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการภาวะคลอดก่อนกำหนด (Guidelines for the management of spontaneous preterm labor:

identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth)[13] 4) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการการคลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guidelines: Management of Preterm Labor) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศสิงคโปร์[14] ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดข้างต้นเป็นการป้องกันในระยะตติยภูมิ จึงสืบค้นเพิ่มเติมพบแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล[15] แต่อยู่ในระยะปรับปรุงและพบแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013[16] ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวพบว่า แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนการคัดกรองและแก้ไขความเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิมากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013 ในขั้นตอนการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์มาใช้และได้ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมในส่วนของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้มีความทันสมัยในปัจจุบันและให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมมากขึ้นเช่น การแก้ไขภาวะติดเชื้อในช่องปาก ภาวะ Asymptomatic bacteriuria ภาวะ Bacterial vaginosis การให้ยาโปรเจสเตอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด แก้ไขภาวะโภชนาการ ติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและแก้ไขภาวะซีด เป็นต้น ได้นำไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะปฐมภูมิในสตรีมีครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดครบกำหนด อัตราการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด อัตราการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม และการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับเข้าห้องคลอดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งนี้เพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

คำจำกัดความ

การยับยั้งการคลอด หมายถึง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์หรือทารกในครรภ์หนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป โดยใช้แนวทางการดูแลของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2558[17] เพื่อช่วยยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดและการได้ประโยชน์จากการให้ corticosteroids ครบคอร์สเพื่อกระตุ้นปอดทารก

การให้ยา dexamethasone หมายถึง การให้ corticosteroids เพื่อกระตุ้นปอดทารกให้สร้าง Lung maturity โดยให้ Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr x 4 doses ถือเป็น 1 คอร์ส[17]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานแต่ไม่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์และมาใช้บริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 ถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์และมาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม การคำนวณขนาดตัวอย่างบนสมาร์ทโฟน (Smartphone) ที่พัฒนามาจาก Ngamjarus, Chongsuvivatwong, McNeil และ Holling[18] n4Studiesversion 1.4.0 ได้จำนวนกลุ่มละ 93 คน ซึ่งประกอบด้วย

1. กลุ่มควบคุม คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยว ที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึง ธันวาคม 2559 และเข้ามารับบริการที่ห้องคลอดทุกรายโดยไม่มีการสุ่ม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 89 คน

2. กลุ่มทดลอง คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยวทุกราย ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจากห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 และเข้ามารับบริการที่ห้องคลอดทุกรายโดยไม่มีการสุ่ม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 103 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สามารถพูด ฟัง เข้าใจภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์
3. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีแผนการรักษาให้มีการยับยั้งการคลอด
4. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์

เกณฑ์การคัดออก

1. มีข้อบ่งชี้และแพทย์มีแผนการรักษาให้ยุติการตั้งครรภ์
2. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการยับยั้งการคลอด
3. กลุ่มตัวอย่างขอย้ายโรงพยาบาล
4. กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมศึกษา

ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อีกทั้งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีรายละเอียดและขั้นตอนที่มีความเกี่ยวข้องหลายฝ่าย จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาเดียวกันได้ ทั้งนี้จึงได้ระบุช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเป็นช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มควบคุม คือ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการที่ใกล้เคียงกันและยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งปรับมาจากแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013 ในขั้นตอนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อให้มีความทันสมัยทางหลักฐานเชิงประจักษ์และเหมาะสมกับบริบท โดยมีทีมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 6 ท่าน พยาบาลระดับหัวหน้างานห้องคลอดจำนวน 1 ท่าน พยาบาลระดับหัวหน้าห้องฝากครรภ์จำนวน 1 ท่าน และผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 ท่าน ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ขั้นตอนการประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์ของ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 8 รายการประกอบด้วย ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน การติดเชื้อภาวะซีดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติที่มดลูกผ่าตัดบริเวณปากมดลูก ครรภ์แฝดน้ำ มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และมีการใช้สารเสพย์ติดขณะตั้งครรภ์ 2) ขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยการแก้ไขภาวะติดเชื้อ

ในช่องปาก ภาวะ Asymptomatic bacteriuria ภาวะ Bacterial vaginosis การให้ยาโปรเจสเตอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ให้ความรู้ และใช้แบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระบุกิจกรรมตามรายข้อของแนวปฏิบัติ และใช้บัตรที่มีข้อความคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระบุวันที่ครบ 37 สัปดาห์ และ 40 สัปดาห์ สำหรับแปะหน้าสมุดฝากครรภ์

ทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และได้ปฏิบัติจนครบทุกข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติทางคลินิก หลังการทดลองใช้ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พบว่าในหัวข้อความง่ายต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก หัวข้อความชัดเจนของแนวปฏิบัติทางคลินิก หัวข้อความเหมาะสมของเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน หัวข้อความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ส่วนหัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดผลดีต่อสตรีมีครรภ์เห็นด้วยระดับมากร้อยละ 90.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 หัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยประหยัดเวลาและลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 80.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 หัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในหน่วยงานเห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 90.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามตัวแปรของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ คุณภาพการฝากครรภ์ และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

2.2 แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนด

2.3 แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด

2.4 แบบบันทึกจำนวนการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม

2.5 แบบบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรเมื่อแรกรับเข้าห้องคลอด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณา ได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลเลขที่ NPH-REC NO 002/2017

แนวปฏิบัติฉบับนี้ปฏิบัติโดยสูติแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หน่วยฝากครรภ์ รพ.นครปฐม แต่อาจมีความเสี่ยงเรื่องการแพ้ยาฆ่าเชื้อ ทั้งนี้ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยของคณะกรรมการยาโรงพยาบาลนครปฐม โดยจะได้รับการซักประวัติการแพ้ยา บัตรแพ้ยา และประวัติของโรงพยาบาลที่เคยได้รับยาและเกิดอาการแพ้ยา เป็นต้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประเมินปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งพบปัญหาการคลอดกำหนดที่เพิ่มสูงขึ้น และเป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมเป็นส่วนใหญ่ ที่มารับบริการเป็นครั้งแรกที่มีปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 ซม.ขึ้นไปและไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ถึงร้อยละ 76.50 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เป็นระบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระยะปฐมภูมิ

1.2 กำหนดทีมงานในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นทีมเดียวกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ หัวหน้างานห้องคลอด หัวหน้างานฝากครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำนวน 9 ท่าน โดยผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าทีม ทำหน้าที่ในการนิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

1.3 ประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันตัดสินใจดำเนินการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทาง

คลินิกสอดคล้องกับบริบท

1.4 นำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ให้คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกพิจารณารายข้อ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ขั้นตอนการประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 8 รายการ 2) ขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้และประเมินความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีที่มีความเสี่ยงส่งต่อเพื่อรับการรักษาและติดตามผลการรักษา มีแนวทางการให้ยาในแนวทางเดียวกันในการรักษาภาวะ Asymptomatic bacteriuria และภาวะ Bacterial vaginosis กรณีที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนพิจารณาให้ยาโปรเจสเตอโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ประสานผู้บริหารถึงการให้สิทธิฟรีในผู้รับบริการจังหวัดนครปฐม เพื่อการเข้าถึงยาโปรเจสเตอโรนอย่างครบถ้วน การติดตามน้ำหนัก ภาวะโภชนาการและการแก้ไขภาวะซีด หลังจากนั้นนำข้อเสนอจากคณะกรรมการไปแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทมากที่สุด

1.5 จัดประชุมบุคคลการงานห้องฝากครรภ์และงานห้องคลอดเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหน่วยงาน นำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิก สำรวจความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และพิจารณาความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก

1.6 ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ณ ห้องฝากครรภ์ กับสตรีมีครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 5 คน และได้ปฏิบัติจนครบทุกข้อ และทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

1.7 นำผลสรุปที่ได้จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาประชุมหาข้อตกลงร่วมกัน จัดทำแบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดระบุกิจกรรมตามรายข้อของแนวปฏิบัติ และจัดทำบัตรที่มีข้อความคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระบุวันที่ครบ 37 สัปดาห์ และ 40 สัปดาห์ แปะไว้หน้าสมุดฝากครรภ์

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ดำเนินการในกลุ่มควบคุม คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยวทุกรายที่มีคุณสมบัติตามลักษณะกลุ่มเปรียบเทียบ โดยได้รับการดูแลตามปกติที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึง ธันวาคม 2559 และเก็บรวบรวมข้อมูลที่งานห้องคลอดในช่วงกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ห้องฝากครรภ์ ดำเนินการตามขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข คือ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง โดยที่ครั้งแรกมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการซักประวัติ การคัดกรองประเมินความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ การตรวจทาห้องปฏิบัติการ การตรวจครรภ์ การตรวจอัลตร้าซาวด์และการให้วัคซีนและการตรวจสุขภาพในช่องปาก

2) ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน

3) ได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่

2.1.2 ห้องคลอด ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด ตามแผนการรักษาโดยการให้ยาคลายมดลูกจนกว่าจะไม่พบการหดรัดตัวของมดลูก ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกจนครบ 4 เข็ม และการพักผ่อนบนเตียง

2) มีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติคือ ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีมีครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอดทั้งกรณีที่ได้รับยายับยั้งการคลอดและไม่ได้ยายับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซาเมทาโซนและการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

3) ประเมินผลลัพธ์ทั้งในระหว่างทำการศึกษาและหลังสิ้นสุดการศึกษา

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง

กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ดำเนินการในกลุ่มทดลอง คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยวทุกรายที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มทดลอง โดยได้ดำเนินการวิจัยที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 และเก็บรวบรวมข้อมูลที่งานห้องคลอดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.2.1 ห้องฝากครรภ์ ดำเนินการตามขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ข้อ 1-3) และเพิ่มแนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์จำนวน 8 รายการ และมารดาจะรับทราบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จะดำเนินการตามขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย

- การแก้ไขภาวะติดเชื้อในช่องปาก
- ภาวะ Asymptomatic bacteriuria
- ภาวะ Bacterial vaginosis
- การให้ยาโปรเจสเตอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด
- ภาวะโภชนาการ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก และภาวะซีด ในทุก ๆ ครั้งของการฝากครรภ์

3) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะมีบัตรติดอยู่หน้าปกสมุดฝากครรภ์ โดยมีข้อความเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสั้นๆ กระชับ “ให้มารพ.ทันที เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งตึง เป็นก้อน นับได้ 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง มีน้ำใส หรือเลือดออกทางช่องคลอด” ระบุวันที่ครบ 37 สัปดาห์และ 40 สัปดาห์ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

4) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะให้ความรู้เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีรายละเอียดในเรื่องความหมาย ภาวะเสี่ยง การป้องกันภาวะเสี่ยง อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ชี้แจงช่วงวันที่ไม่ควรคลอดก่อน วันที่ครบ 37 สัปดาห์และ 40 สัปดาห์ (ที่ระบุในบัตรหน้าปกสมุดฝากครรภ์) ร่วมกับนำเสนอภาพทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบทั้งระยะสั้นระยะยาว และประเมินความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1

5) ติดตามผลการรักษาด้วยแบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งระบุกิจกรรมตามรายข้อของแนวปฏิบัติ

2.2.2 ห้องคลอด ดำเนินการตามขั้นตอนเช่นเดียวกับลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีมีครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยเปรียบเทียบจำนวนสตรีมีครรภ์ที่คลอดครบกำหนด จำนวนสตรีมีครรภ์ที่คลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับเข้าห้องคลอดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 89 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 103 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามปกติ มีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 59.59 โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 49.38 สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่ามีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.78 เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 60.21 โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 56.30

2. การเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการคลอดครบกำหนดจำนวน 18 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดจำนวน 40 คน เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดโดยรวม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการคลอดครบกำหนดมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงตารางที่ 1

3. การเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดจำนวน 18 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดจำนวน 38 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ สัดส่วนการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=103)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
คลอดครบกำหนด	18 (16.02)	40 (38.83)	.04

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ สัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=103)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
คลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด	18 (20.22)	38 (36.89)	.008*

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม จำนวน 33 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม จำนวน 56 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม โดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงตารางที่ 3

5. การเปรียบเทียบสัดส่วนการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรจำนวน 30 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรจำนวน 84 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ น้อยกว่า 3 เซนติเมตร มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=103)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม	33 (37.07)	56 (54.36)	.01*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=103)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ น้อยกว่า 3 เซนติเมตร	30 (33.70)	84 (81.55)	.001*

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม การเปิดขยายปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 cm. ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทั้งภาวะ Asymptomatic bacteriuria bacterial vaginosis ภาวะฟันผุ ภาวะซีด ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างทันท่วงที หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับยาโปรเจสเตอโรนจนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และได้รับความรู้ ได้เห็นภาพทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบทั้งระยะสั้น ระยะยาว ได้ทราบช่วงวันที่ไม่ควรคลอด อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลและได้รับการประเมินความรู้ ดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความตระหนักและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งตรงกับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Senathi และคณะ[19] พบว่าการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ให้คำแนะนำและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์เมื่อพบความเสี่ยง มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถยืดอายุครรภ์ได้ และจากการศึกษาของ Suwansarn และ Ruchiraprasert[20] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่สามารถเชื่อมโยงว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการที่มีฟันผุที่ไม่ได้รักษาในขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุเสี่ยงทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูกและนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นบุคลากรควรเน้นเรื่องนี้เมื่อให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม และสัดส่วนการเปิดขยายปากมดลูกเมื่อแรกรับน้อยกว่า 3 cm. มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสังเกตความผิดปกติ อาการนำที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทำให้รีบมาโรงพยาบาลในขณะที่ความก้าวหน้าของปากมดลูกน้อยกว่า 3 cm เมื่อแรกรับ จึงทำให้ได้รับการยับยั้งการคลอดที่ทันเวลา ได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบทั้ง 4 เข็ม จนถึงสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้จนครบกำหนด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sopacharee[21] พบว่าโดยปัจจัยที่สามารถทำนายการชะลอการคลอดก่อนกำหนดได้ดีที่สุด คือ ความบางของปากมดลูกเมื่อแรกรับ รองลงมาได้แก่ ระยะเวลาที่มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล ระยะห่างของการเจ็บครรภ์ ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์สามารถมาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 cm จะทำการยับยั้งการคลอดประสบความสำเร็จ ได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็มและสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการดูแลในระยะตั้งครรภ์โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลสตรีมีครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในการดูแลสตรีมีครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม และเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลอื่นที่สนใจ ในการนำไปปรับใช้ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงในระยะปฐมภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการควบคุมตัวแปรพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา BMI และนำเสนอข้อมูลด้านความเสี่ยงที่พบตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดกำหนดของแต่ละกลุ่มที่ศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ร่วมกับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

References

1. American College of Obstetrician and Gynecologists. Management of Preterm Labor. American College of Obstetrician and Gynecologists practice bulletin No. 171. Obstetrics and Gynecology 2016;128:155-164.
2. American College of Obstetrician and Gynecologists. Assessment of risk factors for preterm birth. American College of Obstetrician and Gynecologists practice bulletin No. 31. Obstetrics and Gynecology 2001;98:709-16.
3. Punyaphan B. Achievement of Preterm Birth in Ramathibodi Hospital. In: Kolathat T, Sripramote M, Supap P, Chamnanwankit S and Charasthong C, editors. Strengthening the Maternal and Infant Health Network for Preterm Birth Care. Bangkok: Amarin Rin Printing and Publishing; 2009. p.242-58. (in Thai)
4. Chawanphaibun S. Experience in caring for pregnant women with preterm labor at Siriraj Hospital. In: Kolathat T, Sripramote M, Supap P, Chamnanwankit S and Charasthong C, editor. Strengthening the Maternal and Infant Health Network for Preterm Birth Care. Bangkok: Amarin Rin Printing and Publishing; 2009. p.228-39. (in Thai)
5. Heaman M, Blanchard J, Gupton A, Moffat M, Currie R. Risk factors for spontaneous preterm birth among aboriginal and non- aboriginal women in Manitoba. Paediatr Perinat Epidemiol 2005;19: 181-193.
6. Promislow JH, Hertz-Picciotto I, Schramm M, Watt-Morse M, Anderson JJ. Bed rest determinants of bone loss during pregnancy. American Journal of Obstetrics ฿ & Gynecology 2004;191:1077-83.
7. Maloni JA, Margervicius SP, Damato EG. Multiple gestation: Side effects of antepatum bed rest. Biological research for nursing 2006;8:115-28. doi: 1099800406291455
8. Cuningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2007.
9. Delivery room, Nakhonpathom Hospital Annual maternity statistics report. Nakhonpathom: Nakhon Pathom Hospital; 2015.
10. Khan KS, Honest H. Risk screening for spontaneous preterm labour. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2007;21: 821-30.
11. Jones DP, Collins BA. The nursing management of women experiencing preterm labor: Clinical guidelines and why they are needed. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 1996;25:569-92.

12. Maternal, Newborn & Early Child Development Resource Centre. Preterm birth making a difference: Clinical practice guidelines. 2002 [cited 2009 October 20]. Available from: https://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/Preterm_mstr.pdf
13. Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med 2011;24:659-67. doi:10.3109/14767058.2011. 553694
14. Ministry of Health Singapore. Management of preterm labour. 2001 [cited 2009 October 20]. Available from: http://www.ams.edu.sg/pdf/Preterm
15. Obstetric unit. Clinical practice guidelines: guidelines for the care of pregnant women with preterm labor, 2007. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
16. Regional health promotion center 11. Operating manual, guidelines for the care of pregnant women with preterm labor Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital 2013 [cited 2016 October 20]. Available from: www.hpc11.go.th › intranet
17. The Royal Thai Collage of Obstetricians and Gynaecologist. RTCOG Clinical Practice Guideline The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membranes [cited 2020 May 20]. Available from: http://www.hpc.go.th/download/ data/hpc5_01.pdf
18. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E, Holling H. Enhancement of learning on sample size calculation with a smartphone application: A cluster-randomized controlled trial. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2017;48:240-52. (in Thai)
19. Senathi P, Srisong S, Prompromrak R, Permchat M. Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour. Journal of Nursing and Health Care 2016; 34: 164-73. (in Thai)
20. Suwansarn A, Ruchiraprasert N. Perception and Preventive Behaviors of Recurrent Preterm Labouramong Pregnant Women After Hospital discharge. Journal of Nursing and Health Care 2562;37:93-102. (in Thai)
21. Sopacharee C, Singkham O. Factors predicting delaying in preterm birth among women who received tocolysis. Thai Journal of Nursing Council 2561;33:47-58. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

Factors Related Health Promoting Behaviors in Elderly People: A Case Study in a Crowded Community, Bangkok

Received: Jul 23, 2019
Revised: Sep 2, 2019
Accepted: Sep 13, 2019

สุดารัตน์ มหาโคตร พย.ม. (Sudarat Mahakote, M.N.S)[1]
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ปร.ด. (Kamontip Khungtumneam, Ph.D.)[2]
จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ส.ด. (Jariyawat Kompayak, . Dr.P.H.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 87 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค ทั้งฉบับเท่ากับ .742 และ .743 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman' rho (r_s)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี (Mean = 3.15, SD. = 0.27) และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (r_s = .588, p< .001) ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (r_s =.547, p< .001) และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (r_s =.569, p< .001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

[1]*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : sudaratsaint@gmail.com*
[2]*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : kkamontip1@gmail.com*
[3]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : jkompayak@gmail.com*
Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan, Thailand

Abstract

This research is part of the study health promotion behaviors and factors predicting health promoting behaviors in elderly people. The purposes of this research were to examine health promotion behaviors and factors related to health promoting behaviors in elderly people a case study in a crowded community, Bangkok. The sample of 87 elderly people aged 60 years and over living in Banbab Village, Sathorn District, Bangkok. The research instruments were questionnaires that consisted of the health promotion behaviors and the factors related to health promoting behaviors. Content validity was performed by 3 experts and ensures the reliability of .742 and .743. Descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient were employed to analyze the data.

The result of the study revealed that the most participants had good overall health promotion behavior (Mean = 3.15, SD. = 0.27) and found that perceived benefits of action (r_s= .588, p<.001) perceived self-efficacy (r_s= .547, p< .001) and interpersonal influences (r= .569, p< .001) related to health promotion behaviors of the elderly in crowded communities

Keywords: elderly in a crowded community, perceived benefit of action, perceived self- efficacy, inter personal influences, health promotion behavior

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น[1] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ล้านคน และปี พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็น 17.7 ล้านคน โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมืองมีจำนวนถึง 3.3 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.6 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 โดยในปีพ.ศ. 2560 จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 17.22 อาจเป็นผลมาจากในเขตเมืองมีสิ่งสนับสนุนอำนวยความสะดวกในด้านการแพทย์การสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐที่ให้กับผู้สูงอายุ[2] ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุมีผลทำให้งบประมาณในการดูแลรักษาสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น และส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การคงไว้ของสุขภาพไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ ผู้สูงอายุถือว่าเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย ยิ่งต้องได้รับการสนับสนุนและเอื้อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้[3] สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh และ Parsons[4] กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เพิ่มระดับความผาสุกของชีวิตประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการ

ออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี แต่ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ทั้งนี้การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมีปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 อย่าง ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม[4]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ Pender, Murdaugh และ Parsons[5] กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา Lokawit[6] ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.65) นอกจากนี้จากการศึกษาโดยวิเคราะห์อภิมานปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ[7]จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 48 เรื่อง พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r_s = .60) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r = .55) การรับรู้สมรรถนะของตน (r_s = .54) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (r_s = .53) และการสนับสนุนทางสังคม (r_s = .53) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีค่าความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งอยู่ในแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในแขวงยานนาวา จากข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุข 14 พ.ศ. 2560 พบว่าชุมชนบ้านแบบ มีลักษณะเป็นชุมชนแออัดเพียงชุมชนเดียวใน 5 ชุมชน มีจำนวนประชากร 1,380 คน มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ประมาณ 95 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00 จากการสอบถามผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 10 ราย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60.00 ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 100.00 ซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเพราะสะดวกสบายและลูกหลานเป็นผู้หามาให้ ถ้าเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะให้ลูกหลานไปซื้อยาจากร้านขายยาหรือขอยาจากเพื่อนบ้านมารับประทาน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าถ้าผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการของการเจ็บป่วยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนแออัดบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender, Murdaugh และ Parsons[4] เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด บ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดโดยเปิดตารางของ Bujang และ Baharum[8] ซึ่งคำนวณจากโปรแกรม Power Analysis and Sample Size Software (PASS) version 11.0. (กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05, power(1-β) = 0.80, correlation ρH_0 = 0, ρHa =0.3) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านแบบอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคสมองเสื่อมประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตของจุฬา (Chula Mental Test: CMT)[9] ไม่ใช่กลุ่มติดเตียง ไม่มีภาวะซึมเศร้าคัดกรองด้วยแบบวัด 2 คำถาม (2Q)[10] และไม่มีการเจ็บป่วยจนมีผลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุโรคไตวายระยะสุดท้ายต้องฟอกไต เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในเกณฑ์จำนวน 8 คน จึงทำให้ได้ประชากรเหลือทั้งหมด 87 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิดให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และ 4) แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.8 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะของผู้สูงอายุคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ .743

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.80 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะของผู้สูงอายุคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .742

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เลขที่ อ.776/2561 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561) และขออนุญาตในเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสำนักงานเขตสาทร กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ และให้ผู้สูงอายุเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองจนครบทุกข้อคำถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน ข้อมูลที่เก็บจะเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน [(Spearman's rho (r_s)] เนื่องจากทดสอบแล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution)[11]

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.76 มีอายุระหว่าง 66-69 ปี ร้อยละ 59.77 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.17 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 59.77 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ร้อยละ 83.91 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.94 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.76

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.15, SD. = 0.27) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.11, SD = 0.34, $\bar{X}$ = 3.34, SD = 0.45, $\bar{X}$ = 3.14, SD = 0.37, $\bar{X}$ = 3.24, SD. = 0.34, $\bar{X}$ = 3.12, SD. = 0.32) ส่วนกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.97, SD. = 0.53) ดังตารางที่ 1

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนแออัด อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.29, SD. = 0.42) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.16, SD. = 0.35) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 3.03, SD. = 0.31) ดังตารางที่ 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด วิเคราะห์ด้วย Spearman's rho (r_s) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .547, .569, .588, p<0.001 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .170, p = 0.114) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=87)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.11	0.34	ดี
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	2.97	0.53	ปานกลาง
3. ด้านโภชนาการ	3.34	0.45	ดี
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.14	0.37	ดี
5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	3.24	0.34	ดี
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.12	0.32	ดี
พฤติกรรมโดยรวม	**3.15**	**0.27**	**ดี**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (n=87)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.03	0.31	ดี
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.29	0.42	ดี
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.16	0.35	ดี
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.13	0.36	ดี

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ตัวแปร	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (median= 3.10, Q_1 - Q_3 = 2.97- 3.30)*	
	r_s	p-value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (median= 3.00, Q_1 - Q_3 = 2.89- 3.22)	.170	.114
การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (median= 3.30, Q_1 - Q_3 = 3.00- 3.60)	.588	<.001
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (median= 3.00, Q_1 - Q_3 = 2.90- 3.30)	.547	<.001
อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (median= 3.00, Q_1 - Q_3 = 3.00- 3.30)	.569	<.001

* Q_1 = Quartile ที่ 1, Q_3 = Quartile ที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.77 ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มาก ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้หรือออกไปทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ. 01 (r=-.19)[6] ประกอบกับบริบทการดำเนินชีวิตของชุมชนแออัดบ้านแบบคล้ายชุมชนชนบท มีการอยู่กันแบบเครือญาติ มีแหล่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากสำนักงานเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ทั้งหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข 14 แก้วสีบุญเรืองและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ออกบริการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้ทางสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดนี้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ร้อยละ 59.74 [12]

2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด (r_s = .588, p<.001) เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนแออัดรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพดีจึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุพยายามปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh และ Parsons[4] กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะเดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ย่อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .005) [13]

3. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด (r_s = .547, p<.001) เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนแออัดรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพดีจึงปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามศักยภาพและสมรรถนะของตน ซึ่งสอดคล้องกับ Pender, Murdaugh และ Parsons[4] เสนอแนวคิดที่ว่าการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือสมรรถนะของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .005)[13]

4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด (r_s = .569, p< .001) เนื่องจากอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 89.70) ซึ่งความใกล้ชิดกันระหว่างบุคคลในครอบครัวอาจหล่อหลอมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกันออกมาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครอบครัวและเพื่อนร่วมงานมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้[15] โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และ

เพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และยังมีการศึกษา ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .005$)[13] แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวมีผลต่อความนึกคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ[5] กล่าวไว้ว่า กลุ่มบุคคลได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ มีผลโน้มน้าวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

2.4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .170$, $p = .114$) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ดีทุกด้านโดยเฉพาะด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เพราะการออกกำลังกายตามสภาพของร่างกายตามวัยผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายแบบหักโหมหรือหนักจนเกินไปเพราะจะทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บปวด เนื่องจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นจะส่งผลให้สมรรถภาพทางกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ลดลง[16] นอกจากกระบวนการสูงอายุแล้วยังพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 84.71 ซึ่งอาจส่งผลทำให้สมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุลดลง[17] แต่ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ[5] กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีเช่นเดียวกัน ในขณะที่หากการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีแนวโน้มของการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอาจไม่เหมาะสม สำหรับการศึกษานี้พบความแตกต่างที่ว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีแต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ดีโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย จึงเป็นเหตุให้ตัวแปรด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

องค์กรทางด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและลดปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยการขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย เพื่อให้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุไทย

References

1. United Nations Population Fund. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. 1st ed. New York: UNFEA; 2012
2. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. Annual report Situation of the Thai Elderly, 2012. Nonthaburi: SS Plus Media; 2012. (in Thai).
3. Skulpunyawat S. Health promotion behaviors of Muslim elders in case of Okarak district Nakornnayork province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):353-60. (in Thai).
4. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Boston: Pearson; 2006.
5. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6thed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2011.
6. Lokawit K. Health status and health promoting behaviors of the elderly in Pathumthani province. Academic Journal, Pathum Thani University 2013;5(1):194-203. (in Thai).
7. Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya C. Factors related to health promotion behaviors among older persons: a meta-analysis. Journal of Nursing Science 2010;28(3):60-8. (in Thai).
8 Bujang AM. Baharum N. Sample size guideline for correlation analysis. World Journal of Social Science Research 2016;3(1):37-46.
9. Jitaphankun S. Principles of geriatric. Bangkok. Chulalongkorn University Printing; 1998.
10. Department of Mental Health. Guidelines for surveillance of depression at the provincial level. 3thed). Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2014 .
11. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2018; 18:91-93.
12 Kuhirunyaratn P, Ratanasiri A, Jindawong B, Natiboot P, Watchanapan L, Junthakhun C, et al. Health promotion behaviors of elderly living in an urban community of Khon Kaen province. Srinagarind Med J 2018;33(2):153-60. (in Thai).
13 Phairawong C, Decha C, Yaengkathok S, Chaisiri P, Sattayawongthip W. Factors related to health care behavior among the elderly, Ban Mai Sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. Academic Journal Suvarnabhumi Institute of Technology 2018; 4(1): 380-93. (in Thai).
14 Jariyasakulwong P, Charoenkitkarn V, Pinyopasakul W, Sriprasong S, Roubsanthisuk W. Factors influencing on health promoting behaviors in young adults with hypertension. Princess of Naradhiwas University Journal 2015;7(3):26-36. (in Thai).
15 Konkaew P, Suntayakorn C, Prachanban P, Wannapira W. Factors predicting health promoting behaviors among civil servants with dyslipidemia. Journal of Nursing and Health Sciences 2011;5(3):17-28. (in Thai).
16 American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 8thed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
17 American College of Sports Medicine. ACSM's health-related physical fitness assessment manual. 2nded. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

บทความวิจัย

ผลของการใช้บทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Using Interactive E-learning Lessons in Students' Health Examination Topic among Nursing Students' Learning Achievement

Received: Nov 12, 2019
Revised: Mar 10, 2020
Accepted: Mar 18, 2020

จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ วท.ม. (Jeeraporn Chuencham, M.Sc.)[1]
ประไพ กิตติบุญถวัลย์ วท.ม. (Prapai Kittiboonthawal, M.Sc.)[2]
ดวงดาว อุบลแย้ม ปร.ด. (Daungdao Ubolyaem, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน 2) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างนักศึกษาที่เรียนแบบปกติ และนักศึกษาที่เรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท กลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 109 คน กลุ่มควบคุมคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) บทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน 2) แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองก่อนเรียนและหลังเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

คำสำคัญ: บทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์, การตรวจสุขภาพนักเรียน, นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

[1,2] อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี E-mail: [1]jeeraporn@bcns.ac.th,
[2]prapai@bcns.ac.th
[3]อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี E-mail: daungdao@bcns.ac.th
Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Saraburi, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: 1) compare students' learning achievement before and after using e-learning lessons; and 2) compare students' learning achievement between a control group and an experimental group. Participants were the 2nd year nursing students from Boromarajonani College of Nursing (BCN), Saraburi and BCN, Phaputhtabaht. The experimental group consisted of 109 nursing students from BCN, Saraburi; and the control group composed of 105 nursing students from BCN, Phaputhtabaht. Research instruments were the interactive e-learning of the student's health examination topic, and the learning achievement test. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), and paired t-test. Findings revealed that the experimental group had the post-test mean score significantly higher than pre-test mean score (p=.05). The post-test mean score of the experimental group was significantly higher than the post-test mean score of the control group (p=.001).

Keywords: interactive e-learning, students' health examination, nursing students

บทนำ

การเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทในกิจกรรมการเรียนรู้มากกว่าการเรียนการสอนแบบบรรยาย ด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก แทบทุกศาสตร์ทุกแขนงได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาใช้ ทางด้านการศึกษาก็ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนในหลากหลายรูปแบบหลายลักษณะ ทำให้รูปแบบการเรียนการสอนปัจจุบันได้ถูกพัฒนาและมีความเปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็นอย่างมาก ADDIE Model เป็นแนวคิดที่นำมาพัฒนาการเรียนการสอนในปัจจุบัน โดยนำหลักจิตวิทยาการสอนและการสื่อสารโดยเฉพาะเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย ระดับของการเรียนรู้ รายการที่จะสอน 2) การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ การวัด ติดตาม และประเมินผล 3) การพัฒนาการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ สร้างชั้นเรียนทดลองโดยสร้างแผนการสอน สื่อของบทเรียนและเอกสารสนับสนุนต่าง ๆ 4) การดำเนินการการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ ดำเนินการตามกระบวนการที่ออกแบบไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพ 5) การประเมินผล เป็นการประเมินผลการเรียนรู้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้[1]

การเรียนการสอนอีเลิร์นนิง คือ การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สามารถนำเสนอเนื้อหา ความรู้ในลักษณะสื่อประสม (Multimedia) ที่ประกอบด้วยข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียง และภาพวีดีทัศน์ มีการออกแบบกิจกรรมซึ่งผู้เรียนสามารถโต้ตอบหรือสื่อสารกับบทเรียน เพื่อศึกษาเนื้อหารวมทั้งมีแบบฝึกหัดและแบบทดสอบพร้อมเฉลยให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ทันที มีการสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนในลักษณะการใช้กระดานแสดงความคิดเห็น (Web-Board) และ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์นั้นเป็นเรื่องสำคัญมากเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกอย่างรวดเร็ว E-Learning จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสม[2] องค์ประกอบของอีเลิร์นนิงที่สำคัญมี 4 ส่วน ได้แก่ 1) เนื้อหา

ของบทเรียน ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญซึ่งในปัจจุบันเนื้อหาทางการพยาบาลที่เป็นอีเลิร์นนิงยังมีอยู่น้อย 2) ระบบบริหารการเรียน เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระบบการบริหารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดลำดับของเนื้อหาในบทเรียน นำส่งบทเรียนเข้าระบบคอมพิวเตอร์สู่ผู้เรียน ประเมินผลสำเร็จของบทเรียน 3) การติดต่อสื่อสารแบบปฏิสัมพันธ์ คือ การนำรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง มาใช้ประกอบในการเรียนเพื่อเพิ่มความสนใจ ความตื่นตัวของผู้เรียนที่มีต่อบทเรียนให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้ติดต่อ สอบถาม ปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างตัวผู้เรียนกับอาจารย์ผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนคนอื่นๆ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือโต้ตอบทันที หรือไม่ได้โต้ตอบทันที 4) การสอบ/วัดผลการเรียน เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะทำให้การเรียนแบบอีเลิร์นนิงเป็นการเรียนที่สมบูรณ์ กล่าวคือในบางวิชาจำเป็นต้องวัดระดับความรู้ก่อนสมัครเข้าเรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้เลือกเรียนในบทเรียนที่เหมาะสมมากที่สุด ซึ่งจะทำให้การเรียนมีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเข้าสู่บทเรียนก็จะมีการสอบย่อยท้ายบทและการสอบใหญ่ก่อนที่จะจบ[3]

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้บทเรียนอีเลิร์นนิงส่งผลให้นักศึกษามีอิสระในการจัดการเรียนโดยตนเอง เลือกเนื้อหาว่ามากน้อยเพียงใด เวลา สถานที่ที่ต้องการเรียน (self-directed learning)[4] ซึ่งพบว่านักศึกษาสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางการพยาบาลได้เร็วกว่าการสอนแบบที่ผู้สอนเป็นผู้ควบคุมเนื้อหา เวลา และสถานที่เรียน[5-7] อย่างไรก็ตาม พบว่าสามารถเพิ่มทักษะทางคลินิกในนักศึกษาพยาบาล แต่ไม่สามารถเพิ่มทักษะทางคลินิกในผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกได้ ดังนั้น อีเลิร์นนิงเหมาะกับนักศึกษาในการพัฒนาทักษะทางคลินิกมากกว่านักปฏิบัติการในคลินิก[8] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การเรียนการสอนโดยอีเลิร์นนิงสามารถพัฒนาความรู้ในนักศึกษาพยาบาลได้มากกว่าการสอนแบบปกติ[7, 9-11] โดยเฉพาะการสอนแบบที่ออกแบบให้มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียนนั้น ผู้สอนสามารถดำเนินการแบบโต้ตอบทันที หรืออาจดำเนินการภายหลังโดยการโต้ตอบในเวปบอร์ด การออกแบบการสอนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์จึงเป็นการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า นักศึกษาบางส่วนคิดว่าการเรียนอีเลิร์นนิงทำให้รู้สึกว่าต้องอยู่เพื่อจดจำประเด็นการเรียนรู้[12] นักศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่าการสอนแบบอีเลิร์นนิงควรเป็นบทเรียนเสริม (complementary)[1] ควรมีการเรียนการสอนที่พบผู้สอน และควรใช้ดีวีดี ซีดีรอม เพื่อป้องกันปัญหาในการเข้าถึงสัญญาณอินเตอร์เนต[12] แม้ว่าการเรียนโดยอีเลิร์นนิงไม่ได้ให้ผลลัพธ์ทางพุทธิปัญญาที่ต่างจากการเรียนการสอนแบบเดิม แต่ช่วยเพิ่มทักษะในผู้เรียนรายใหม่และสามารถใช้วิธีอีเลิร์นนิงเป็นการสอนทางเลือกสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล การจะใช้อีเลิร์นนิงต้องเข้าใจความต้องการรูปแบบในการเรียนของนักศึกษา[13]

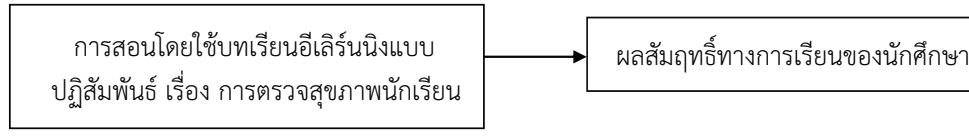
การจัดการศึกษาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 บทที่ 3 เรื่อง การอนามัยโรงเรียน ใช้เวลาในการสอน 4 ชั่วโมง การเรียนการสอนจะเป็นการบรรยายประกอบสื่อ การใช้เอกสารประกอบการสอน การสาธิตการตรวจสุขภาพนักเรียน ได้แก่ 1) การตรวจร่างกาย 10 ท่า 2) การประเมินการเจริญเติบโต 3) การวัดสายตา และ 4) การตรวจการได้ยิน โดยนักศึกษาสามารถศึกษาเนื้อหาจากบทเรียนอีเลิร์นนิงและมีแบบทดสอบระหว่างเรียนพร้อมเฉลยให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ทันที มีการสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนในลักษณะการใช้กระดานแสดงความคิดเห็น และผู้เรียนสามารถศึกษาด้วยตนเองจากบทเรียนอีเลิร์นนิง ทำให้ผู้เรียนมีความคล่องตัว สามารถจะเรียนที่ไหน เวลาใดก็ได้อย่างอิสระตามความต้องการและสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long learning) ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติในการให้บริการอนามัยโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เพื่อเป็นสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ หัวข้อเรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างนักศึกษาที่เรียนแบบปกติและนักศึกษาที่เรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ หัวข้อเรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน

กรอบแนวคิด



สมมติฐานการวิจัย

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนักศึกษาหลังเรียนโดยใช้บทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนสูงกว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังเรียน โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดใช้ค่าสถิติ t-test ให้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.3 และอำนาจในการทดสอบ (1-β) 0.91 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 109 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 105 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี กลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ (match pair) เพศ อายุและเกรดเฉลี่ยสะสม โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. นักศึกษาชั้นปีที 2 ที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560

2. มีความยินดีร่วมในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ บทเรียนอีเลิร์น-นิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน โดยการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเนื้อหาและกิจกรรม และกำหนดวิธีการนำเสนอ มีการดำเนินการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1.1กำหนดเนื้อหาที่จะดำเนินการจัดสื่อ การจัดทำสื่อบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

1.2 การหาประสิทธิภาพของบทเรียนอีเลิร์นนิง โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.751

1.3 การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของบทเรียนอีเลิร์นนิง โดยใช้สูตร (E1/E2) ตามเกณฑ์ 80/80 พบว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพเท่ากับ 80.25/89.01[14] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

1.4 การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพ

นักเรียน มีค่าเฉลี่ยรวม 4.06 (SD.= 0.53) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน เป็นแบบทดสอบแบบปรนัย จำนวน 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์ผู้สอนด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทเรียนก่อนนำไปทดลองใช้ แบบทดสอบมีค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.90[15] ค่าความยากง่าย (p) = 0.31-0.50 ค่าอำนาจจำแนก (r) = 0.20-0.37

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาหลังการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง ประกอบด้วย การประเมินด้านเนื้อหา และประเมินด้านสื่ออีเลิร์นนิง จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทเรียนก่อนนำไปทดลองใช้ แบบทดสอบมีค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.7215 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.71

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561-กันยายน 2561

การเตรียมบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ ขอบเขตเนื้อหาสาระที่ใช้ในการวิจัย เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนเป็นเนื้อหาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 บทที่ 3 เรื่องการอนามัยโรงเรียน มีหัวข้อย่อย ดังนี้ 1) การตรวจร่างกาย 10 ท่า 2) การประเมินการเจริญเติบโต 3) การทดสอบสายตา 4) การตรวจการได้ยิน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่อนุมัติ 6/2561 ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยแนะนำระบบจัดการเรียนการสอนผ่านโปรแกรม Moodle ทาง website ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี และให้นักศึกษาลงทะเบียนเข้าใช้ระบบเพื่อดำเนินการทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) ก่อนการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยประกาศผลการสอบก่อนเรียนให้นักศึกษาได้รับทราบ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยแนะนำวิธีการเรียนบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน ผ่านโปรแกรม Moodle หลังจากนั้นมอบหมายให้นักศึกษาเข้าใช้ระบบโปรแกรม Moodle เข้าไปศึกษาเนื้อหาในบทเรียนอีเลิร์นนิง เวลา 20 นาที และให้นักศึกษาทำแบบทดสอบระหว่างเรียน โดยมีการสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนในลักษณะการใช้กระดานแสดงความคิดเห็น (Web-Board) โดยให้เวลานักศึกษาศึกษาด้วยตนเอง 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 นักศึกษาศึกษาบทเรียนอีเลิร์นนิงเรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียนด้วยตนเอง ส่วนใหญ่นักศึกษาทำในโทรศัพท์มือถือหรือโน้ตบุ๊กผ่านอินเตอร์เน็ตในเวลาที่กำหนด และถ้ามีข้อสงสัยให้นักศึกษาซักถามในกระดานแสดงความคิดเห็น (Web-Board) และให้นักศึกษาทำแบบทดสอบระหว่างเรียน และผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการเรียนโดยพิจารณาจากแบบฝึกหัดระหว่างเรียน

สัปดาห์ที่ 4 จำนวน 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยทบทวนข้อซักถามที่นักศึกษาถามในกระดานแสดงความคิดเห็น และตอบคำถามนักศึกษา และให้นักศึกษาเข้าใช้ระบบโปรแกรม Moodle เพื่อทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post- test) และผู้วิจัยประกาศผลการสอบให้นักศึกษาได้รับทราบและอธิบายเนื้อหาที่นักศึกษายังไม่เข้าใจเพิ่มเติม และให้นักศึกษาประเมิน

ความพึงพอใจในบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน

กลุ่มควบคุม

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท ที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 โดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มควบคุมลงนามในยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ทำแบบทดสอบก่อนเรียน ก่อนการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยประกาศผลการสอบก่อนเรียนให้นักศึกษาได้รับทราบ และนักศึกษาเรียนบทที่ 3 การอนามัยโรงเรียน จำนวน 4 ชั่วโมง ด้วยการเรียนการสอนแบบปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบทดสอบหลังเรียน และผู้วิจัยประกาศผลการสอบก่อนเรียนให้นักศึกษาได้รับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนก่อน-หลังเรียนของกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน-หลังเรียน โดยใช้สถิติ t- test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ครบ 100% จนจบการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.00 อายุเฉลี่ย 18.12 (SD. = 0.78) ปี ค่าเฉลี่ยคะแนนสะสม 3.21 (SD.= 1.52) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 96.66 อายุเฉลี่ย 18.31 (SD. = 0.56) ค่าเฉลี่ยคะแนนสะสม 3.19 (SD. = 0.97)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนก่อน-หลังเรียนของกลุ่มทดลอง (n = 109) และกลุ่มควบคุม (n = 105)

วิธีทดสอบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		*df*	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	4.69	1.75	8.91	0.98	108	23.84*
กลุ่มควบคุม	4.68	2.25	5.68	1.49	104	4.32*

* p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 109) และกลุ่มควบคุม (n = 105) ก่อน-หลังเรียน

วิธีทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*df*	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนเรียน	4.69	1.75	4.68	2.25	193	.01
หลังเรียน	8.91	0.98	5.68	1.49	176	19.25**

** p-value < .001

2. ผลสัมฤทธิ์ของการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียน

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ก่อนเรียน 4.69 (SD. = 1.75) หลังเรียน 8.91 (SD. = 0.98) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t (108) = 23.84, p< .05) คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มควบคุม ก่อนเรียน 4.68 (SD. = 2.25) หลังเรียน 5.68 (SD.= 1.49) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t (104) = 4.32, p <.05)

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ก่อนเรียน 4.69 (SD. = 1.75) หลังเรียน 8.91 (SD. = 0.98) คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มควบคุม ก่อนเรียน 4.68 (SD. = 2.25) หลังเรียน 5.68 (SD. = 1.49) คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเรียนมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t (176) = 19.25, p <.001)

อภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยเพื่อพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการศึกษาที่ 2/2560 ซึ่งนักศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ร่วมการวิจัยจนจบการทดลองครบร้อยละ 100.00

ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่า นักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันก่อนการทดลอง

หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ก่อนเรียน-หลังเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) แสดงให้เห็นว่าการเรียนแบบอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์สามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาได้จริง แม้ว่าไม่ได้มีการเรียนการสอนแบบชั้นเรียนปกติที่ผู้สอนสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนเป็นรายบุคคลและกระตุ้นผู้เรียนได้ทันที แต่อย่างไรก็ตาม การเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ทำให้ผู้เรียนรู้สึกอิสระควบคุมการเรียนได้ด้วยตัวเองแต่ยังคงได้รับการกระตุ้นจากผู้สอนจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางเวปบอร์ด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการเรียนการสอนโดย e-learning สามารถพัฒนาความรู้ในนศ.พยาบาลได้มากกว่าการสอนแบบปกติ[7, 9, 10]

คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยวิธีปกติของกลุ่มควบคุม ก่อนเรียน-หลังเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการสอนแบบปกติสามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาได้เช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ในนักศึกษากลุ่มทดลองกับการเรียนด้วยวิธีปกติในนักศึกษากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 และเมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการทดลองของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มความคุม พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจกล่าวได้ว่า นักศึกษาที่เรียนโดยวิธีอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์สามารถพัฒนาคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้สูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่กล่าวว่าการเรียนการสอนโดยอีเลิร์นนิงสามารถพัฒนาความรู้ในนักศึกษาพยาบาลได้มากกว่าการสอนแบบปกติ[7, 9, 10, 11]

แม้ว่า การสอนทั้งแบบอีเลิร์นนิงและการสอนแบบปกติพัฒนาผู้เรียนได้เช่นกัน แต่การสอนแบบอีเลิร์นนิงพัฒนาผู้เรียนได้แตกต่างจากการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการเรียนการสอนโดย e-learning สามารถพัฒนาความรู้ในนศ. พยาบาลได้มากกว่าการสอนแบบปกติ[7, 9, 10]

นอกจากนี้ นักศึกษาให้ข้อเสนอแนะที่มีต่อบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ พบว่า มีความถูกต้องของเนื้อหา มีความยากง่าย ความเหมาะสม และสามารถโต้ตอบกับผู้สอนได้

ส่วนเรื่องที่ต้องการให้ปรับปรุง ได้แก่ เรื่องรูปแบบและของขนาดตัวอักษรที่ใช้ในการนำเสนอ สีภาพและกราฟิกโดยรวมยังไม่น่าสนใจ อย่างไรก็ตาม นักศึกษาพึงพอใจการเรียนการสอนบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ เพราะสอดคล้องกับความสนใจของนักศึกษาในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีความสะดวกสบายในการเรียน สามารถจะเรียนที่ไหนเวลาใดก็ได้ มีอิสระตามความต้องการ ทำให้เกิดความคล่องตัว ซึ่งเป็นการเรียนที่นำตัวเอง (Self-directed learning) และสอดคล้องกับการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 อย่างไรก็ตาม ยังพบรายงานผลการศึกษาในอดีตยังพบข้อจำกัดบางประการ นักศึกษาบางส่วนจะเรียนเพียงแค่ส่วนต้นของโปรแกรม เช่น การแนะนำ การทักทาย ไม่เรียนจนจบบทเรียน มีจำนวนคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ขาดเพื่อนในการร่วมเรียน[16] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nivet[17]

อย่างไรก็ตาม บทเรียนอีเลิร์นนิงช่วยทำให้ผู้เรียนสามารถควบคุมการเรียนของตนเองได้ ตามจังหวะของตน (Self-paced learning) ช่วยทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับครูผู้สอนและกับเพื่อน ๆ ได้ (Interactive) ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ รวมทั้งเนื้อหาที่มีความทันสมัย และตอบสนองต่อเรื่องราวต่างๆ ในปัจจุบันได้ จึงเกิดรูปแบบการเรียนที่จัดให้แก่ผู้เรียนในวงกว้างได้ เพราะผู้เรียนไม่มีข้อจำกัดในด้านการเดินทาง เวลาและสถานที่เรียน รวมถึงยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนและชั้นเรียนได้ ดังนั้น ควรสนับสนุนการสอนโดยอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long learning)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ให้มีความทันสมัย ในลักษณะสื่อประสม (Multimedia) ที่มีข้อความ ขนาดตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และกราฟฟิกพร้อมเสียงที่น่าสนใจ

2. ควรพัฒนารูปแบบปฏิสัมพันธ์ทั้งแบบตอบทันทีและโต้ตอบภายหลังผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งมีแบบฝึกหัดและแบบทดสอบพร้อมเฉลยให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ทันที และผู้สอนสามารติดตามความก้าวหน้าของการเรียนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรนำวิธีการสอนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงแบบปฏิสัมพันธ์ไปใช้ในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ และควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาของผู้เรียนเกี่ยวกับบทเรียนอีเลิร์นนิงเพื่อให้ผู้สอนได้พัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Piyapa J. The development of online learning model, The culture for life of bachelor degree students [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai)
2. Jaturong T. Development of the e-learning course on technology information subject on the topic of data and information for Matthayomsuksa 1 students in Phattharayan Wittaya school. Veridian E-Journal 2012;5:239-52. (in Thai)
3. Thanawit K. Apply of web-based interactive learning in mathematics [Dissertation]. Bangkok: University of the Thai Chamber of Commerce; 2008. (in Thai)
4. Wanicha P, Sirirat P. Developing of the learning and teaching with e-learning model for undergraduate nursing students in a gerontological nursing course. Nursing Journal 2014;41:11-25. (in Thai)

5. Cook D, Levinson A, Garside S. Instructional design variations in internet-based learning for health profession education: a systematic review and meta-analysis. Academic Medicine 2010;85:909–22.
6. McVeigh, H. Factors influencing the utilization of e-learning in post registration nursing Students. Nurse Education Today 2009;29:91-9.
7. Varin B, Pornpun S. A development of e-learning course media of BNS 406: mental health and psychiatric nursing on student's readiness for nursing licensing examination. Nursing College of Rangsit University, Proceeding of National Conference of IPST in Nursing Science; Creative administration for Health Service: Nursing Educational Roles; 42-50. 15-16 January 2015, Siam University. (in Thai)
8. Feng JY, Chang YT, Chang HY, Erdley WS, Lin CH, Chang YJ. Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education. Worldviews Evidence Based Nursing Journal 2013;10(3):174-83.
9. Saijai T. Study of development of e-lining in THA 106 Thai language for communication. Prathumthani: Learning Supporting and Development Center, Rangsit University; 2007. Rangsit University. (in Thai)
10. Atcharawadee S, Varunee K, Suwannee S, Virot C. The efficiency test of the computer lesson based on the Internet network, titled "Hydrogeology head (Hydrocephalus)" Nursing Student, Year 3. Princess of Naradhiwas University Journal 2011;3:91-103 (In Thai).
11. Lahti H, Hätönen H, Välimäki M. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. The International Journal of Nursing Studies 2014;51:136-49.
12. Barker K, Omoni G, Wakasiaka S, Watiti J, Mathai M, Lavender T. Moving with the times' taking a glocal approach: a qualitative study of African student nurse views of e-learning. Nurse Education Today 2013;33:407-12.
13. Ilkay AO, Zeynep CO. Impacts of e-learning in nursing education: in the light of recent studies. International Journal of Nursing and Health Sciences 2014;8:1285-87.
14. Thunyaluck W. The efficiency of web-based instruction focused on anatomy & physiology courses: skeletal system. Journal of Nursing and Education2010;3:15-28. (in Thai)
15. Boonchai S. The methodology in nursing research. Bangkok: You and Me Intermedia; 2009. (in Thai)
16. Moule P, Ward R, Lockyer L. Nursing and healthcare students' experiences and use of e-learning in higher education. Journal of Advance Nursing 2010;66:2785-95.
17. Nivet C. Best Practice in Teaching with e-Learning [Internet] [cited in Aug, 12 2017]. Available from: http://www.east.spu.ac.th/2012. (in Thai)

บทความวิจัย

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ต่อผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

Effectiveness of World Café Instructional Model on Learning Achievement and Happiness in Learning of Nursing Students

Received: Mar 20, 2020
Revised: Apr 20, 2020
Accepted: Apr 25, 2020

มณีรัตน์ เทียมหมอก พย.ม. (Maneerat Thiammok. M.S.N.)[1]
นิภาพร อภิสิทธิวาสนา ปร.ด. (Nipaporn Apisitwasana. Ph.D.PH.)[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ต่อผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีการศึกษา 2561 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 69 คน ได้เข้ารับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ และกลุ่มควบคุม 72 คน ได้รับการเรียนการสอนปกติ การวิจัยเก็บข้อมูลในช่วง เดือนธันวาคม 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ชุด คือ 1) แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 2) แบบสอบถามความสุขในการเรียนของนักศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เอกสารคู่มือ รูปแบบการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ และแผนการจัดการเรียนรู้ เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก โดยใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยวิธี Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล หลังเรียนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 3.884$, $p < .001$)

2. ความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล หลังเรียนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 6.660$, $p < .001$)

3. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองหลังเรียน โดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -12.536$, $p < .001$; $t = -6.632$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะด้านการเรียนการสอน ผู้สอนควรจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาให้ ได้เรียนรู้อย่างมีความสุขและจัดกระบวนการให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างทั่วถึงเพื่อเป็นด้านการวิจัยเปรียบเทียบกับการเรียนการสอนรูปแบบอื่นเพื่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความสุขและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการเวิลด์คาเฟ่, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, ความสุขในการเรียน, นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

[1] Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: manerat.t@bcn.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: nipaporn.at@bcn.ac.th
Boromarajonani College of nursing Bangkok, Bangkok, Thailand.

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of World café instructional model on learning achievement and happiness in learning of nursing students in the Health Promotion and Illness prevention course. Population and sample of the study were 141 nursing students of Boromarajonani College on Nursing Bangkok. The participants were assigned into 2 groups: the experimental group consisting of 69 nursing students and the control group consisting of 72 nursing students. A set of research instruments included: 1) the document of the World Cafe process; 2) lesson plan of Child Development Evaluation using the World café instructional model; 3) learning achievement test; and 4) learning with happiness questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

Results were as follows:

1. Learning achievement of nursing students after studying with the World Cafe instructional model of the experimental group was higher than control group with statistically significant ($t = 3.884$, $p < .001$)

2. Happiness in learning of nursing students after studying with the World Cafe instructional model of the experimental group was higher than control group with statistically significant ($t = 6.660$, $p < .001$)

3. Learning achievement and learning happiness of nursing students in the experimental group after studying with the world cafe instructional model were significantly higher than befor the experiment ($t = -12.536$, $p < .001$; $t = -6.632$, $p < .001$ respectively)

These results suggest that nursing instructors should design lesson plan, environment, and learning process to enhance student participation. To develop learning process, greater happiness and learning achievement, further studies comparing learning styles are needed.

Keywords: world café, learning achievement, happiness in learning, nursing student

บทนำ

ปัจจุบันความมุ่งหวังของการจัดการศึกษาของแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ คือ การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษา ความเท่าเทียมทางการศึกษา คุณภาพการศึกษา ประสิทธิภาพการศึกษา การตอบโจทย์บริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง[1] จากแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ที่มีวิสัยทัศน์ว่า “คนไทยทุกคนได้รับการศึกษา และเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการเปลี่ยนแปลงของโลก ศตวรรษที่ 21 ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะ ความรู้ และคุณลักษณะ ฝึกทักษะการคิด การใช้เหตุผล กระบวนการกลุ่มมากขึ้น” ตามยุทธศาสตร์ชาติและยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 3 เป้าหมายที่ 1 ผู้เรียนมีทักษะและคุณลักษณะพื้นฐาน ของพลเมืองไทย ทักษะและคุณลักษณะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 คือ 3Rs 8Cs จากผลการพัฒนาการศึกษาไทยที่ผ่านมาพบว่าผู้เรียนขาดความสามารถในการจัดการข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูล[1] บทบาทของบุคลากรทางการศึกษา ต้องจัดการศึกษาให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถวัดได้จากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สามารถผ่านตามมาตรฐานของหลักสูตร ผู้เรียนมีสมรรถนะตามการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และมีความสุขในการเรียน ด้วยกระบวนการจัดการเรียนการสอนเนื่องจากในบางสาขาวิชา นักศึกษามักจะมีความเครียดและมีความสุขในการเรียนรู้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอน

ในหลักสูตร โดยเฉพาะในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์[2]

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย ในปีการศึกษา 2560 พบว่าการจัดการเรียนการสอนเป็นห้องใหญ่ โดยรูปแบบการบรรยายแบบมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่ ผู้เรียนที่มีโอกาสได้มีการแสดงความคิดเห็นหรือค้นหาความรู้ด้วยตนเองในชั้นเรียนมีค่อนข้างน้อย การสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีผู้เรียนที่สอบไม่ผ่านในบางสมรรถนะ ผู้เรียนไม่มีการเชื่อมโยงความรู้ในการวิเคราะห์เชื่อมโยงให้เข้ากับสถานการณ์ บรรยากาศในการเรียนมีผู้เรียนที่ให้ความสนใจ และบางส่วนไม่ให้ความสนใจทำกิจกรรมอื่นในการเรียน แม้จะมีการตกลงกติการ่วมกัน อาจารย์ผู้สอนไม่สามารถดึงความสนใจของนักศึกษาได้ทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาในปี 2559 เรื่องการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือสำหรับนิสิตระดับอุดมศึกษาที่พบว่า เนื่องจากการเรียนการสอนจัดการสอนเป็นห้องเรียนใหญ่ จึงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง กิจกรรมการเรียนการสอนไม่สามารถเสริมสร้างกระบวนการคิด ทักษะชีวิต การทำงานร่วมกันได้ ทำให้การเรียนการสอน ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร[3] การเรียนการสอนเป็นห้องเรียนใหญ่ มีจำนวนนักศึกษามาก อาจารย์ผู้สอนไม่สามารถดึงความสนใจของนักศึกษาให้สนใจในประเด็นที่กำลังสอนหรือกำลังอภิปรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะถูกบังคับแต่ไม่ค่อยให้ความสนใจกับบทเรียนมากนัก เพราะมองไม่เห็นประโยชน์ที่แท้จริงของการเรียน นอกจากเป็นการเรียนให้ครบจำนวนหน่วยกิต ตามข้อบังคับของหลักสูตรเท่านั้น นอกจากนี้ การเรียนการสอนยังเป็นการสอนที่เน้นวิธีการบรรยาย ทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ไม่มีความกระตือรือร้นในการเรียน จึงเป็นสิ่งที่ยากที่จะทำให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเรียนตลอดเวลา ผู้สอนควรจะใช้วิธีการสอนแบบอื่น ๆ เข้ามาช่วยในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะตามเป้าหมายของรายวิชา

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ และความสุขในการเรียนการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียน โดยการออกแบบการเรียนการสอนเชิงระบบโดยใช้แบบจำลอง ADDIE เพื่อพัฒนากระบวนการคิดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางปัญญา ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลและผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติสูงขึ้น[4] การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ VARK ต่อความรู้และความสุขในการเรียน ซึ่งพบว่าการใช้รูปแบบ VARK ทำให้คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขในการเรียน โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม[5] การพัฒนากิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียนด้วยรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมาก[3] การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบทีมต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบทีม มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6]

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความรู้สะสม ความร่วมมือการทำงานกลุ่ม การคิดของกลุ่ม กิจกรรมกลุ่ม และความมั่งคั่งของความรู้สู่ปัญญา โดยมีแนวคิดหลักดังนี้ 1) สนใจใฝ่รู้ ค้นหาความต้องการ มีเป้าหมายชัดเจน และเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง 2) แสดงพลังในตนเอง ความคิดสร้างสรรค์ ด้วยการพูดคุย และการฟัง 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม 4) การเชื่อมโยงมุมมองที่มีความหลากหลาย 5) รับฟังร่วมกันเพื่อให้ได้รูปแบบและข้อมูลเชิงลึก 6) แบ่งปันการค้นพบร่วมกัน เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งกิจกรรมเวิลด์คาเฟ่ โดย The World Café Community Foundation เป็นกระบวนการที่จะช่วยในการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เป็นการนำเอาความรู้ใหม่หรือความรู้เดิม มาคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การใช้ความรู้ในบริบทที่แตกต่างไปจากเดิม หรือใช้ในสถานการณ์ใหม่ความสามารถในการถ่ายโยงการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1) การระลึกถึงข้อมูล ข้อเท็จจริง 2) การใช้ความสามารถเฉพาะที่ได้รับจากการเรียนรู้ 3) การใช้ความสามารถทั่วไปที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องต่อไป 4) องค์ความรู้ที่ได้รับ

การเรียนรู้จากการส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องต่อไป[7] เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของทักษะในศตวรรษที่ 21 และเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แสดงศักยภาพของตนเองมากกว่ากระบวนการเรียนรู้แบบยัดเยียดความรู้ให้กับผู้เรียนซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอึดอัด[8] กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ จึงเป็นกระบวนการที่น่าจะพัฒนาผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยสนในที่จะนำกระบวนการเวิลด์คาเฟ่มาจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ปีการศึกษา 2561 เพื่อให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาความรู้ด้วยตนเอง เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียน สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลได้ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ตามทักษะในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และมีความสุขในการเรียนมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากการเรียนการสอนด้วยกระบวนการ เวิลด์คาเฟ่ของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อประเมินความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม
2. คะแนนความสุขในการเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลการใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อผลผลสัมฤทธิ์ และความสุขทางการเรียน เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อผลสัมฤทธิ์และความสุขในการเรียนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 รุ่น 72 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 142 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 คิดเป็น 7 คน ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 142 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 72 คน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่น 72 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกห้อง ได้กลุ่มทดลอง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ห้อง A จำนวน 70 คน และกลุ่มควบคุม คือนักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ห้อง B จำนวน 72 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 และลงทะเบียนเรียนในรายวิชา

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ และลงลายมือชื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ในเอกสารการยินยอม

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. นักศึกษาลาออก พักการเรียน ถอนตัวจากการศึกษา

2. นักศึกษาไม่ได้เข้าเรียนในเนื้อหาที่มีการใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่

1. เอกสารคู่มือ รูปแบบการเรียนการสอนด้วยกระบวนการ เวิลด์คาเฟ่ที่ประกอบด้วย คำชี้แจงกระบวนการกติกาในการเรียน ตั้งแต่การแบ่งกลุ่ม การกำหนดประเด็นการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ และการสะท้อนผลการเรียนรู้

2. แผนการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การประเมินพัฒนาการเด็ก วิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ตามแนวคิดการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยด้วย DSPM ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนและหลังเรียน โดยสร้างเป็นแบบปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือนักศึกษาต้องสอบผ่านร้อยละ 60 ขึ้นไป เท่ากับ 9 คะแนน

2. แบบสอบถามความสุขในการเรียนของนักศึกษา จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามโดยให้คะแนนแบบ Likert-scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ โดยค่า IOC ของแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1 และค่า IOC ของแบบสอบถามความสุขในการเรียนของนักศึกษาทุกข้อ เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองให้กับกลุ่มที่มีลักษณะที่คล้ายคลึง จำนวน 38 คน เพื่อดูความสมบูรณ์ของเครื่องมือด้านการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบัค (Cronbach's Alpha Co efficiency) สำหรับแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 กับจำนวน 3 แบบสอบถามความสุขในการเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ 2562-02 วันที่ 15 มกราคม 2562

โดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอในภาพรวม และเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มควบคุมที่เรียนตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้เรียนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ขั้นเตรียมการ (ก่อนเรียน)

1.1 ผู้วิจัยปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเรียนการสอนรายวิชา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของรายวิชา วิธีการจัดการเรียนการสอน ชิ้นงานที่มอบหมาย เกณฑ์การให้คะแนน ในชั่วโมงแรกของรายวิชา ประมาณ 30 นาที

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษากลุ่มทดลอง

2.2 ให้นักศึกษากลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ก่อนเรียน และแบบวัดความสุขในการเรียน

2.3 จัดการเรียนการสอนตามที่ได้กำหนดใน มคอ. 3 และจัดการเรียนการสอน ด้วยกระบวนการ World cafe ในเนื้อหาบทที่ 4 เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ดังนี้

2.4 แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7 คน ให้สมาชิกภายในกลุ่มมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ ผู้บันทึกและถอดบทเรียน (Historian) 1 คน คนที่เหลือเป็นสมาชิกในกลุ่ม

2.5 ให้สมาชิกภายในกลุ่มเริ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามประเด็นที่กำหนด โดยผ่านกระบวนการ ดังนี้

2.6 รอบที่ 1 เรียนรู้ในกลุ่ม มีการสรุปประเด็นลงบน Flip Chart (10 นาที)

2.7 รอบที่ 2 (5 นาที) เปลี่ยนกลุ่ม โดยให้มีสมาชิก 1 คน คงอยู่กลุ่มเดิม สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่ได้เรียนรู้ลงในกระดาษ โดยใช้ปากกาต่างสี หรือขีดประเด็นที่ไม่สอดคล้องออกได้ (5 นาที)

2.8 รอบที่ 3 เปลี่ยนกลุ่มโดยให้มีสมาชิก 1 คน (แต่ไม่ใช่คนที่อยู่กลุ่มเดิมในรอบที่ 2) สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่ได้เรียนรู้ลงในกระดาษ โดยใช้ปากกาต่างสี หรือขีดประเด็นที่ไม่สอดคล้องออกได้ (5 นาที)

2.9 รอบที่ 4 เปลี่ยนกลุ่มโดยให้มีสมาชิก 1 คน (แต่ไม่ใช่คนที่อยู่กลุ่มเดิมในรอบที่ ๓) สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่ได้เรียนรู้ลงในกระดาษ โดยใช้ปากกาต่างสี หรือขีดประเด็นที่ไม่สอดคล้องออกได้ (5 นาที)

2.10 รอบที่ 5 เปลี่ยนกลุ่มโดยให้มีสมาชิก 1 คน (แต่ไม่ใช่คนที่อยู่กลุ่มเดิมในรอบที่ 4) สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่ได้เรียนรู้ลงในกระดาษ โดยใช้ปากกาต่างสี หรือขีดประเด็นที่ไม่สอดคล้องออกได้ (5 นาที)

2.11 นำเสนอผลการเรียนรู้ทีละ 1 กลุ่ม โดยให้สมาชิกนั่งในกลุ่มรอบที่ 5 (กลุ่มละ 7 นาที)

2.12 สะท้อนผลการเรียนรู้ (Feedback) และเพิ่มเติมประเด็นโดยอาจารย์ ทีละ 1 กลุ่ม (กลุ่มละ 3 นาที)

3. ขั้นสิ้นสุดการเรียนการสอน

3.1 ให้นักศึกษากลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้หลังเรียน และแบบวัดความสุขในการเรียน

กลุ่มควบคุม

1. ขั้นเตรียมการ (ก่อนเรียน)

1.1 ผู้วิจัยปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเรียนการสอนรายวิชา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของรายวิชา วิธีการจัดการเรียนการสอน ชิ้นงานที่มอบหมาย เกณฑ์การให้คะแนนในชั่วโมงแรกของรายวิชา ประมาณ 30 นาที

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษากลุ่มควบคุม

2.2 ให้นักศึกษากลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้ก่อนเรียน และแบบวัดความสุขในการเรียน

2.3 จัดการเรียนแบบบรรยายแบบมีส่วนร่วมตามที่ได้กำหนดใน มคอ.3 ในเนื้อหาบทที่ 3 เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3. ขั้นสิ้นสุดการเรียนการสอน

3.1 ให้นักศึกษากลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้หลังเรียน และแบบวัดความสุขในการเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขในการเรียน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสุขทางการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยสถิติ Dependent t-test

3. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขทางการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียน

ผลการวิจัย

1. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียน

จากตารางที่ 1 เมื่อแบ่งเกณฑ์คะแนนผ่าน และไม่ผ่าน ก่อนเรียนมีนักศึกษาที่สอบผ่านเกณฑ์ คือร้อยละ 60 ขึ้นไป คะแนนเต็ม 15 คะแนน ต้องมีคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป โดยพบว่า กลุ่มทดลอง มีจำนวนนักศึกษาที่สอบผ่านจำนวน 37 (ร้อยละ 53.62) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 9.97 คะแนน

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.12 และกลุ่มควบคุมมีจำนวนนักศึกษาที่สอบผ่าน 34 คน (ร้อยละ 47.22) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.88 หลังเรียนกลุ่มทดลอง มีจำนวนนักศึกษาที่สอบผ่าน จำนวน 65 คน (ร้อยละ 94.20) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.47 และกลุ่มควบคุมมีจำนวนนักศึกษาที่สอบผ่าน 62 คน (ร้อยละ 86.11) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.56

ค่าเฉลี่ยคะแนนสอบของนักศึกษากลุ่มทดลอง หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบของนักศึกษา ก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนสอบของนักศึกษาหลังเรียน พบว่ากลุ่มทดลองคะแนนสอบสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อความสุขในการเรียน

จากตารางที่ 4 ก่อนเรียนนักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขในการเรียนอยู่ในช่วง 37-72 คะแนนเฉลี่ย 55.39 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.46 หลังเรียนอยู่ในช่วง 45-75 คะแนน เฉลี่ย 64.01 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.97 สำหรับนักศึกษากลุ่มควบคุม มีคะแนนความสุขในการเรียนอยู่ในช่วง 37-72 คะแนน เฉลี่ย 55.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.36 หลังเรียนอยู่ในช่วง 35-72 คะแนน เฉลี่ย 55.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.37 ค่าคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษาก่อนเรียนและหลังเรียนของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษา ก่อนเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลังเรียน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขในการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนหลังเรียนของนักศึกษาที่สอบผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

ผลการสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 69)				กลุ่มควบคุม (n = 72)			
	n	Percent	Range	Mean (SD.)	n	Percent	Range	Mean (SD.)
ก่อนเรียน								
ผ่าน	37	53.62	9-13	9.97 (1.12)	34	47.22	9-12	9.88 (0.88)
ไม่ผ่าน	32	46.38	4-8	6.81 (1.09)	38	52.78	4-8	6.76 (1.13)
หลังเรียน								
ผ่าน	65	94.20	9-15	12.23 (1.47)	62	86.11	9-15	11.29 (1.56)
ไม่ผ่าน	4	5.80	8	8.00 (0.00)	10	13.89	7-8	7.60 (2.12)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียนของกลุ่มทดลอง

คะแนนสอบ	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเรียน	69	8.51	1.93	-12.536	< .001
หลังเรียน	69	11.99	1.73		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนสอบ	n	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเรียน					
- กลุ่มทดลอง	69	8.51	1.93	0.848	.398
- กลุ่มควบคุม	72	8.24	1.87		
หลังเรียน					
- กลุ่มทดลอง	69	11.99	1.73	3.884	< .001
- กลุ่มควบคุม	72	10.78	1.94		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสุข ก่อนและหลังเรียน ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนความสุข	กลุ่มทดลอง (n = 69)				กลุ่มควบคุม (n = 72)			
(คะแนนเต็ม 75)	Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเรียน	55.39	7.46	-6.632	<.001	55.42	7.36	1.00	.321
หลังเรียน	64.01	7.97			55.40	7.37		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขในการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนสอบ	n	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเรียน					
- กลุ่มทดลอง	69	55.39	7.46	-.020	.984
- กลุ่มควบคุม	72	55.42	7.36		
หลังเรียน					
- กลุ่มทดลอง	69	64.01	7.97	6.660	< .001
- กลุ่มควบคุม	72	55.40	7.37		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ต่อผลสัมฤทธิ์ และความสุขในการเรียน ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย คณะผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ของกลุ่มทดลองหลังเรียนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่เรียนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม พบว่ามีความแตกต่างกันของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เกิดขึ้นจากการค้นคว้า การอบรม การสั่งสอน หรือประสบการณ์ต่าง ๆ รวมทั้ง ความรู้สึก ค่านิยม จริยธรรมต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการฝึกสอน[9] เป็นขนาดของความสำเร็จที่ได้จากกระบวนการเรียนการสอนเนื่องจากทั้งสองรูปแบบนักศึกษาจะได้มีการพัฒนาความรู้จากเดิม ซึ่งโดยส่วนใหญ่นักศึกษาจะได้รับการเรียนการสอนโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่[11] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพและปัญหาของการจัดการเรียนรู้รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่า สภาพและปัญหาของการจัดการเรียนรู้รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลทั้งความเป็นจริงและความคาดหวัง คือ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม[12] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน และความรู้พื้นฐานเดิม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน[12]

เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสอบ 11.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน 10.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.94 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยเทคนิคจิ๊กซอว์ เรื่อง เทคนิคการเลือกตัวอย่างรายวิชาสถิติเพื่อการวิจัย คะแนนสอบหลังจัดการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก ที่พบว่านักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่[14] ระดับ .05 ซึ่งการเรียนการสอนแบบเชิงรุก มีแนวคิดการสร้างความรู้ แนวคิดการเรียนรู้กระบวนการและแนวคิดการถ่ายโอนการเรียนรู้ เน้นให้ผู้เรียนสร้างการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบตัว มีทักษะและกระบวนการในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ สรุปและจัดระเบียบความรู้ และประยุกต์ใช้ความรู้ ซึ่งกระบวนการนี้มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ซึ่งในกระบวนการเรียนรู้นักศึกษาได้กำหนดประเด็นในการเรียนรู้ เกิดความรู้จากการตอบคำถาม การค้นคว้าคำตอบจากข้อมูลเชิงลึก ซึ่งมีการพูดคุยในกลุ่มหลายรอบจนเกิดการตกผลึกจากการเรียนรู้ โดยนักศึกษาทุกคนจะได้รับการกระตุ้นในการที่จะค้นคว้าหาความรู้ และได้ฝึกการตั้งใจฟังเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงลึก เกิดการเก็บเกี่ยวความรู้เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้[15] สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องผลการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบทีมต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบทีม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างที่เรียนด้วยการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบทีมมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งโดยรวมและรายด้าน[6]

กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น เพราะได้มีการสืบค้นข้อมูลเชิงลึกและมีการพูดคุยซ้ำ ๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และมีอาจารย์สรุปความรู้ซ้ำทำให้เกิดความรู้ที่ซึมซับฝังแน่นกว่า แต่กลุ่มควบคุมได้ผ่านการฟังจากการบรรยายเพียงอย่างเดียว ถ้าไม่มีการคิดตามการบรรยายความรู้ก็จะไม่เกิดการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบร่วมมือโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ VARK ต่อความรู้และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่า นักศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนการสอนแบบ VARK มีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมและความสุขในการเรียนโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการเรียนการสอนแบบ VARK มีกระบวนการจัดการเรียนการสอน มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การตรวจสอบความรู้เดิม 2) การวางแผนการเรียนรู้ 3) การสืบค้นข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) การนำเสนอผล และ 5) การประยุกต์ใช้และประเมินผลการเรียนรู้[5] สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ สำหรับนิสิตระดับอุดมศึกษา ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[3] และการศึกษา เรื่อง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจต่อการสอนแบบศูนย์การเรียนรู้ในการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบศูนย์การเรียนรู้อยู่ในระดับดี ซึ่งการสอนแบบศูนย์การเรียนรู้เน้นการให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป[16]

2. ความสุขในการเรียนของกลุ่มทดลองหลังเรียนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ของกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการที่มีความเคารพให้เกียรติในความเท่าเทียมซึ่งกันและกัน ที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกันได้ ผ่านการสร้างพื้นที่ที่มีอัธยาศัยดี รู้สึกปลอดภัยและเชิญชวนเมื่อคนรู้สึกสะดวกสบายที่จะเป็นตัวเอง ความคิดสร้างสรรค์ การพูดและการฟังที่สร้างสรรค์ที่สุด เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ทำให้นักศึกษาเกิดความสุขในการที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ หาแนวทางในการเรียนรู้ คะแนนความสุขในการเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้กระบวนการเวิลด์คาเฟ่ กับกลุ่มควบคุมที่เรียนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม จึงมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบร่วมมือโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ VARK ต่อความรู้และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขในการเรียน โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 จากการที่นักศึกษาได้เรียนในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียน ได้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน[5] สอดคล้องกับ การศึกษา เรื่องความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ที่ได้เสนอแนวทางการเสริมสร้างความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ว่าควรจัดวิธีเรียนสนุก ไม่น่าเบื่อ และตอบสนองความสนใจใฝ่รู้ของผู้เรียน ทุกขั้นตอนของการเรียนรู้มุ่งพัฒนาและส่งเสริมกระบวนการคิดในแนวต่าง ๆ รวมทั้งความคิดสร้างสรรค์ การคิดวิเคราะห์ จากการประมวลข้อมูล และเหตุผลต่าง ๆ คิดแก้ปัญหาอย่างมีระบบ กิจกรรมหลากหลาย และสนุก ชวนให้ผู้เรียนสนใจบทเรียน เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน ภาษาที่ใช้ต้องชักจูงใจผู้เรียน นุ่มนวล ให้กำลังใจ และเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ แนวการเรียนรู้สัมพันธ์และสอดคล้องกับธรรมชาติ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสัมผัสกับความงามและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยไม่จำกัดสถานที่หรือเวลาในการเรียนรู้ และทุกคนมีสิทธิ์เรียนรู้อย่างเท่าเทียมกัน สื่อที่ใช้ประกอบการเรียนเร้าใจให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจตรงตามเป้าหมาย เน้นพัฒนาการของผู้เรียนในภาพรวมเปิดโอกาสให้ผู้เรียนประเมินผลตนเอง[17] และการศึกษาของ เรื่อง การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียน มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะอาจารย์ ลักษณะการเรียนการสอน ลักษณะนักศึกษา ลักษณะวิทยาลัย ลักษณะนักศึกษาร่วมวิทยาลัย และลักษณะบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยลักษณะบิดามารดา/ผู้ปกครอง และลักษณะนักศึกษาร่วมวิทยาลัยมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต[17]

รูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในการเรียนมีผลต่อความสุขในการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสถาบัน ความสุขในการเรียนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนการสอน และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ความสุขในการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหลักการของกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ มุ่งเน้นให้

นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียน[18] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนามาตรวัดความสุขในการเรียนของนักเรียนอาชีวศึกษา ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการเรียน ว่าลักษณะการเรียนการสอน ต้องจัดบทเรียนให้สนุกน่าสนใจ เนื้อหามีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ บรรยากาศในการเรียนผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมการเรียนที่หลากหลาย มีสื่อการเรียนที่เหมาะสม การประเมินผลการเรียนเพื่อประเมินการพัฒนาของนักเรียน[19] หลักการของกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ มีการสร้างพื้นที่ที่น่าอยู่ ให้ความสำคัญกับพลังและความสำคัญการสร้างพื้นที่ที่มีอัธยาศัยดี รู้สึกปลอดภัยและเชิญชวนเมื่อคนรู้สึกสะดวกสบายที่จะเป็นตัวเอง ความคิดสร้างสรรค์ การพูดและการฟังที่สร้างสรรค์ที่สุด เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น[6] อันจะทำให้เกิดความสุขในการเรียนได้

ดังนั้น ในการจัดการเรียนการสอนควรส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีโอกาสพัฒนาความสามารถ โดยผู้สอนต้องจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวย กระตุ้นให้นักศึกษาได้เกิดการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน เพื่อให้เกิดการทบทวนและประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อพัฒนาทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสุขในการเรียนอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ไปใช้ในการรายวิชาอื่น ๆ เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างมีความสุข

2. ผู้สอนควรจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา และจัดกระบวนการให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างทั่วถึง

3. นำกระบวนการเวิลด์คาเฟ่ ไปใช้ในการสร้างองค์ความรู้อื่น ๆ ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการทำสนทนากลุ่ม ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเวิลด์คาเฟ่

2. มีการศึกษาเปรียบเทียบกับการเรียนการสอนรูปแบบอื่นนอกเหนือจากการบรรยายแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความสุขและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น

References

1. Office of the Education council. Education Plan 2017-2036. Bangkok: Prigwhan graphic; 2017. (in Thai)
2. Bundasak T, Chaowiang K, Jungasem N. Happily learning among nursing students. Journal of MCU Peace Studies 2017;5(1):357-69. (in Thai)
3. Phumpuang K. Sittiwong T. The development of flipped classroom learning activities with collaborative learning approach for undergraduate students. Journal of Education Naresuan University 2018;20(2):1-11. (in Thai)
4. Pattarasatjatum P. Instructional System Design (ISD) by ADDIE model: the development of metacognition of nursing students. Journal of Education. Silpakorn University 2016;13(2): 6-17. (in Thai)

5. Tirapaiwong Y, Teerawatskul S, Jermworapipat S, Watthanachai P. The development of an instructional model based on cooperative learning by using vark learning styles on knowledge and learning with happiness of nursing student. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):1-13. (in Thai)
6. Chidnayee S. The effect of constructivist teaching approach and team-based learning on abilities in applying nursing process of nursing students. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(1):52-62. (in Thai)
7. Mesuwan W. Collective intelligence and world café dialogue. Journal of education Naresuan University 2015;17(1):162-8. (in Thai)
8. Buranatrevedh S. HIA and learning of students. Thammasat Medical Journal 2012;12(4):673-74. (in Thai)
9. Srisa-ard B. Basic research. 9th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2013. (in Thai)
10. Dachakupt P. and Yindeesuk P. Storyline approach. Bangkok: The master group management; 2005. (in Thai)
11. Chiddee K., Hunnirun P. Wattanaburanon A. The study and the problem of learning management courses for health promotion and illness prevention of nursing students. Princess of Naradhiwas University Journal 2015;7:121-32. (in Thai)
12. Klaharn R. The factors affecting the practicum achievement of the third-year nursing students of Srinakharinwirot University. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3): 412-20. (in Thai)
13. Prasitkusol R. The effect of jigsaw cooperative of sampling techniques in the course of statistics for research. Phranakhon Rajabhat Research Journal 2015;10(2):111-22. (in Thai)
14. Wudhiwong K, Hemavibool D, Manmala S. Learning achievements among nursing students through active learning. Journal of Nurses' Association of Thailand Northern Office 2018;24(2): 12-24. (in Thai)
15. The World Café Community Foundation. Guide to the world café method. [Internet]. [Cited 2015 June]. Available from http://www.theworldcafe.com/key-concepts-resources/world-cafe-method/.
16. Nakamadee B, Weerapong W, Rongchay A. Learning achievement and satisfaction with learning center teaching method in maternal and newborn nursing and midwifery I course of third year nursing students. APHEIT Journals 2016;22(2):79-91. (in Thai)
17. Thongsom P. The development of indications of happiness in learning of students in nursing science undergraduate programs under the Ministry of Public Health. Journal of Nursing and Education 2011;4(1): 88-111. (in Thai)
18. Kraithaworn P, Kittipimpanon K. The relationship among sense of university belonging, happiness in learning, learning-facilitating environment, and academic achievement among undergraduate nursing science students. Ramathibodi 2014;20(3):415-429. (in Thai)
19. Charoendee N. A scale development of happiness in learning of vocational students. [doctoral's thesis] Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)

บทความวิชาการ

ผลกระทบโรคระบาด COVID-19: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing

Received: Apr 19, 2020
Revised: Apr 24, 2020
Accepted: May 29, 2020

สายสมร เฉลยกิตติ กศ.ด. (Saisamorn Chaleoykitti, Ed.D.)[1]
จินตนา อาจสันเที๊ยะ สด. (Jintana Artsanthia, Dr.P.H.)[2]
มักเดลานา สุภาพร ดาวดี ปร.ด. (Magdalena Supaporn Daodee, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดร้ายแรง จากการแพร่ระบาดที่กระจายไปในหลายประเทศทั่วโลกแล้วนั้น สถานศึกษาดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด หนึ่งในวิธีการรับมือกับการระบาดคือ Social distancing หรือการเพิ่มระยะห่างระหว่างกันในสังคม เพื่อป้องกันการระบาดจากคนสู่คน ซึ่งมาตรการ Social distancing นี้ทำให้มีการนำระบบการเรียนการสอนออนไลน์เข้ามาปรับใช้ มีการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมสอนแบบ Work from home เพื่อดำเนินการเรียนการสอนต่อไปอย่างต่อเนื่องภายใต้วิกฤติโรคระบาดนี้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบของโรคระบาด COVID-19 ต่อการจัดการศึกษาพยาบาล คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับโควิด19 และการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงระบบการศึกษาสู่วิถีชีวิตใหม่ที่เรียกว่า New normal สำหรับภาวะวิกฤตในครั้งนี้

คำสำคัญ : ผลกระทบโรคระบาด COVID-19, การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล, วิถีชีวิตใหม่

[1]Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก E-mail: saisamorn2006@hotmail.com
[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: jintana.a@slc.ac.th
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: supaporn.daodee@gmail.com
[1]The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand
[2,3]Nursing faculty, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

Abstract

COVID-19 is a severe disease outbreak. From pandemic has spread across continents or the entire world. The educational institutes follow the standard of ministry of public health to prevent this disease. One thing in protection is social distancing method or increase the social distancing for protection the herd of people to safe from infection. This method is to prevent infection that leads to bring the students to study in online system with many applications. Thus, the method of study and preparation in teaching by working from home have the objectives for continuing the teaching and learning process within the crisis of this COVID-19 disease. This article has objective to propose the effect of COVID-19 pandemic disease to manage in the nursing study, vocabulary related with COVID-19 disease, and transformative learning in educational system to new normal way of this crisis.

Keyword: effect of COVID-19 disease, teaching and learning in nursing, new normal way

บทนำ

หลังจากที่องค์การอนามัยโรคประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดร้ายแรง เนื่องจากการแพร่ระบาดที่กระจายไปในหลายประเทศทั่วโลกแล้วนั้น[1] ไวรัสในตระกูลนี้มาจากโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง หรือ โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome -SARS) ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาเช่นกัน โดยพบการระบาดครั้งแรกปลายปี ค.ศ. 2002 เริ่มจากพื้นที่มณฑลกวางตุ้งของประเทศจีน ก่อนที่จะแพร่กระจายไปในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลก ประกาศชื่อที่เป็นทางการสำหรับใช้เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ว่า “โควิด-ไนน์ทีน” (COVID-19)[2] จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 คณะรัฐมนตรีมีมติให้สถานศึกษาปิดการเรียนการสอนชั่วคราว ตั้งแต่วันพุธที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นระยะเวลาสองสัปดาห์ และให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด[3] หนึ่งในวิธีการรับมือกับการระบาดคือ Social distancing หรือการเพิ่มระยะห่างระหว่างกันในสังคม เพื่อป้องกันการระบาดจากคนสู่คน[4] ซึ่งมาตรการนี้ได้ส่งผลดีกับทุกวงการทุกภาคส่วนที่ลดการติดเชื้อจากการที่มีผู้คนติดต่อกัน สำหรับในวงการการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีการนำระบบการเรียนการสอนออนไลน์เข้ามาปรับใช้ เพื่อดำเนินการเรียนการสอนต่อไปภายใต้วิกฤติของการเกิดโรคระบาดนี้ ทั้งการสอนสดคือการสอนในเวลาและถ่ายทอดการสอนให้ผู้เรียน ซึ่งนักศึกษาสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้ทันที คือเห็นหน้าเห็นตา โต้ตอบสอบถามคุยกันได้ และการสอนแบบวิดีโอที่ผู้สอนสามารถอัดล่วงหน้าและผู้เรียนสามารถติดตามภายหลังสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดเรื่องการเรียนการสอนออนไลน์แบบสดหรือ real time ทั้ง 2 รูปแบบสามารถนำมาใช้กับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้ แต่จะมีปัญหากับวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจริงเพื่อเพิ่มทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าโรคระบาด COVID-19 ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ COVID-19

การรับรู้ของประชาชนทั่วโลกเรื่องโรคติดต่อหลังจากทางการประเทศจีนยืนยันเมื่อ 31 ธ.ค. ค.ศ. 2019 ว่าเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น หลังจากเก็บตัวอย่างไวรัสจากคนไข้นำไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการในเวลาต่อมา ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลก ระบุว่าไวรัสชนิดนี้คือ “เชื้อไวรัสโคโรนา” ซึ่งก่อนหน้านี้พบไวรัสโคโรนามาแล้ว 6 สายพันธุ์ ที่เคยเกิดการระบาดในมนุษย์ สำหรับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่กำลังระบาดเป็นสายพันธุ์ที่ 7 ขณะที่คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยา

ของไวรัส (International Committee on Taxonomy of Viruses) ได้กำหนดให้ใช้ชื่อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค COVID-19 ว่า SARS-CoV-2 หรือไวรัสโคโรนาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่สอง (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส[5] ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของเชื้อไวรัส โควิด-19 ในสิ่งแวดล้อมภายนอกยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าไวรัสโควิด-19 อยู่บนพื้นผิวได้นานเพียงใด ไวรัสอาจอยู่ได้ไม่กี่ชั่วโมง โดยน้ำยาฆ่าเชื้อสามารถฆ่าเชื้อไวรัสไม่ให้สามารถแพร่เชื้อได้ สำหรับอาการทั่วไปของโรค ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต[6]

ในช่วงการระบาดมีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับไวรัส COVID-19 ซึ่งคำศัพท์เทคนิคหลายคำที่นำมาใช้เป็นที่รู้จักกันแพร่หลายผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์[7] มีดังนี้ 1) Negative pressure room (ห้องความดันลบ) หมายถึงห้องความดันลบคือห้องที่มีความดันอากาศภายในห้องต่ำกว่าภายนอก เมื่อเปิดประตูห้อง อากาศภายนอกจะมีความดันอากาศสูงกว่าส่งผลให้อากาศภายในห้องหรือเชื้อไวรัสไม่ไหลออกไปนอกห้อง 2) PUI (ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค) หมายถึง Patient Under Investigation หมายถึงผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ซึ่งก็คือคนที่มีอาการและประวัติเสี่ยงต้องได้รับการตรวจหาเชื้อโดยตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาด 3) Super spreader หมายถึงผู้ที่แพร่เชื้อออกเป็นวงกว้าง หรือ Cluster หมายถึงผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดเชื้อหนึ่งคนจะแพร่เชื้อไปยังคนอื่นได้ประมาณ 2 คน แต่สำหรับ Super spreader จะสามารถแพร่เชื้อไปได้หลายเท่า หรือมากกว่า 20 คน 4) Droplets transmission หมายถึง การแพร่กระจายทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง โดยทั่วไปฝอยละอองจะมีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน และจะฟุ้งในอากาศไม่นาน แพร่ไปไม่ไกลนัก การป้องกันทำได้โดยใส่หน้ากากธรรมดา หน้ากากผ้า หรือหน้ากากที่ใช้ในการผ่าตัด (surgical mask) และไม่ให้เข้าใกล้ในระยะน้อยกว่า 1 เมตร และรักษาความสะอาดของมือบ่อย ๆ 5) Airborne transmission หมายถึงการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยมีขนาดละอองฝอยน้อยกว่า 5 ไมครอน ซึ่งขนาดละอองฝอยขนาดเล็กทำให้แพร่กระจายไปได้ไกล เช่น เชื้อที่ทำให้เกิดโรควัณโรค หัด (measles) อีสุกอีใส การป้องกัน โดยแยกผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีความดันบรรยากาศเป็นลบเมื่อเทียบกับภายนอก และผู้เข้าไปดูแลต้องสวมหน้ากากชนิด N95 ซึ่งเป็นหน้ากากที่สามารถกรองอนุภาคขนาด 0.3 ไมครอนอย่างน้อยร้อยละ 95 จากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ในช่วงแรกจึงยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าสามารถติดต่อกันได้อย่างไร ต่อมาเมื่อวันที่ 29 มี.ค. ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลก (WHO) ยืนยันว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ติดต่อกันจากการที่ผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือพูด ซึ่งทำให้คนอื่น ๆ ในระยะไม่เกิน 1 เมตร หายใจเอาละอองฝอยของสารคัดหลั่ง (droplets) เข้าไป ซึ่งขณะนี้มีประกาศเป็น airborne จากเดิมเป็น droplets 6) Swab หมายถึงการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยการใช้ไม้พันสำลีป้ายเพื่อหาเชื้อเช่นจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) และใช้ไม้ไปป้ายในคอ (throat swab) เป็นต้น โดยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจของโรคโควิด-19 นั้น แพทย์จะนำไม้สอดเข้าไปในจมูกเพื่อเก็บสารคัดหลั่งจากหลังโพรงจมูก และในลำคอ 7) Herd immunity หมายถึง ภูมิคุ้มกันหมู่ ซึ่งหมายถึงภาวะที่ประชากรส่วนมากของสังคมมีภูมิคุ้มกันโรค ทั้งที่เกิดจากการติดเชื้อและรักษาหายดีจนร่างกายรับเชื้ออีกไม่ได้ หรือการฉีดวัคซีน ซึ่งเมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีภูมิคุ้มกันโรคมีมากพอ จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคตได้ 8) Social distancing หมายถึง การเว้นระยะห่างจากสังคม เป็นมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยไม่ไปที่มีผู้คนแออัด หรือหากจำเป็นก็ควรเว้นระยะจากผู้อื่น 1-2 เมตร 9) Quarantine หมายถึงการกักกันเพื่อสังเกตอาการเริ่มป่วยจะใช้เฉพาะผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงติดโรค เช่น กลับจากต่างประเทศหรือมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้ยังไม่มีอาการแต่ควรกักกันตัวเองในระยะฟักตัวของโรคเพื่อดูอาการราว 14 วัน ป้องกันการไปแพร่เชื้อโดยไม่รู้ตัว 10) PPE หมายถึง อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ย่อมาจากคำว่า Personal Protective Equipment (PPE) หรือชุดคล้ายชุดหมี หรือชุดอวกาศ เนื่องจากต้องใส่คลุมทั้งตัว มี face shield หรือแผ่นพลาสติกป้องกันใบหน้า และหน้ากากอนามัยชนิดป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก N95 รวมไปถึงใส่ถุงมือถุงเท้าอย่างมิดชิด 11) Rapid test หมายถึงชุดตรวจเร็ว เมื่อจำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จำนวนห้อง

ปฏิบัติการในการตรวจยืนยันอาจมีไม่เพียงพอ และใช้เวลาในการตรวจค่อนข้างนาน จึงมีการพัฒนาชุดตรวจเร็วขึ้น 12) Cohort ward หมายถึง หอผู้ป่วยรวมแยกโรค หอผู้ป่วยเฉพาะ เพื่อเป็นการรองรับผู้ป่วยในระยะที่มีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันเริ่มมีการเตรียมหอผู้ป่วยรวมแยกโรค หรือ Cohort ward ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในสถานที่อื่น เช่น มหาวิทยาลัย ศาลากลางจังหวัด และโรงแรม ทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวมถึงต่างจังหวัด

ผลกระทบของ COVID-19 กับวิถีการทำงานของอาจารย์

วิกฤตโควิด-19 สร้างผลกระทบอย่างมากให้กับประชาชนทั่วโลก ความน่ากลัวและเป็นสิ่งที่อันตรายของโรคนี้คือการที่คนไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเนื่องจากไม่แสดงอาการและเป็นพาหะของโรคอยู่ คงใช้ชีวิตแบบเดิมตามปกติ ทำให้แพร่โรคระบาดต่อไปให้ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัวได้ จนในที่สุดการควบคุมโรคในภาพรวมกระทำได้ยาก และเป็นเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ต่างประเทศ เช่น สหรัฐฯ ต้องเผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดอย่างหนักกว่าประเทศพัฒนาแล้วอื่น ๆ ดังที่ปรากฏในปัจจุบันจากยอดผู้ติดเชื้อในสหรัฐฯ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนำหน้าประเทศอิตาลีและจีน[8] ดังนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับวิถีชีวิตจึงมีการปรับเปลี่ยนสู่วิธีการแบบใหม่หรือที่เรียกว่า New normal สู่การทำงานของอาจารย์ ที่ต้องมีการปรับรูปแบบการทำงานดังนี้

การทำงานที่บ้านผ่านดิจิทัล จากสถานการณ์โควิด-19 ที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ทั้งประเทศเกาหลี อิตาลี อิหร่าน และสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยก็ได้มีการเตรียมความพร้อมในกรณีที่มีการระบาดอย่างกว้างขวางในประเทศ โดยหน่วยงานราชการถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมทำงานที่บ้านผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งระบบการทำงานและระบบออนไลน์เพื่อให้การทำงานของหน่วยราชการนั้น ๆ และการให้บริการประชาชนไม่หยุดชะงัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดความรุนแรงของการระบาดซึ่งขณะนี้หน่วยงานราชการก็มีระบบการทำงานผ่านดิจิทัลและอิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ เอกสารดิจิทัล (e-document) การประชุมขนาดเล็กผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-meeting e-conference) และการประชุมขนาดใหญ่ที่ต้องใช้ระบบ E-conference ผ่านระบบ Zoom เป็นต้น ที่เป็นการประชุมขนาดใหญ่ก็มีระบบที่รองรับซึ่งมีความพร้อมในระดับหนึ่ง เหลือเพียงกฎระเบียบบางเรื่องที่ยังคงต้องมีการแก้ไขให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติงานจริง สำหรับทำงานจากทางบ้านเช่นทำเอกสารสำนักงานด้วย Microsoft Office 365 หรือ Google Drive จัดเก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนไฟล์ข้อมูลกันด้วย Microsoft OneDrive หรือ Google Drive ใช้ Microsoft Teams ซึ่งเครื่องมือที่มีคุณลักษณะสำหรับสื่อสารระดับองค์กร เช่น การสร้างกลุ่มงาน การสนทนากลุ่ม วางแผนงาน ติดตามความคืบหน้า และการนัดหมาย เป็นต้น ประชุมผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (video conference) ด้วย Microsoft Teams หรือ Google Meet[9]

การทำงานที่บ้านหรือ Work from home จึงเป็นคำตอบของสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคไวรัส COVID-19 ที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น หลายประเทศเริ่มใช้มาตรการแก้ไขควบคู่ไปกับการป้องกันในหลากหลายมิติ ไม่เว้นแม้แต่การปิดสถานศึกษาและอนุญาตให้อาจารย์ทำงานที่บ้านได้ การทำงานนอกสถานที่หรือทำงานที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความครบเครื่องและครบครันมากที่สุด ซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้เราทำงานได้อย่างราบรื่น ไม่สะดุด ให้ผลลัพธ์ที่ยอดเยี่ยมไม่ต่างจากการทำงานในออฟฟิศ เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัล เช่น โปรแกรม LINE คือคำตอบที่ทำให้อาจารย์หรือคนทำงานสามารถใช้ชีวิตแบบดิจิทัลไลฟ์สไตล์ผ่านโทรศัพท์มือถือของอาจารย์ได้ หรือแอพพลิเคชั่นอื่น ๆ ก็สามารถใช้ผ่านโทรศัพท์มือถือได้เช่นกัน สื่อสารกันได้ ทำงานด้วยกันได้ทุกที่ทุกเวลาด้วยเทคนิคที่ช่วยการทำงานที่บ้าน (Work from home)

ผลกระทบของ COVID-19 ต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลง

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ COVID-19 สูงในหลายพื้นที่ของประเทศ และโรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องฝึกทักษะปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงเป็นการยากที่จะได้รับประสบการณ์ตรงให้มากที่สุด ในการศึกษาสาย

อื่นๆ หรืออาชีพบางอย่างใช้การฝึกในห้องปฏิบัติการแทนได้ แต่สำหรับวิชาชีพการพยาบาลจะฝึกเช่นนั้นทั้งหมดไม่ได้ จึงจำเป็นต้องพบเจอกับผู้ป่วยจริง ดังนั้นผลกระทบต่าง ๆ จึงเกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

การเลื่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยออกไป

การเลื่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องงดการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย หลายสถาบันปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกปฏิบัติมาเป็นการฝึกปฏิบัติโดยใช้ simulation ฝึกกับสถานการณ์จำลอง ใช้กรณีศึกษาอภิปรายปัญหา แนวทางการพยาบาลร่วมกัน หรือใช้ห้องปฏิบัติการมากขึ้น หาโอกาสชดเชยเมื่อสถานการณ์ปกติ ใช้รูปแบบการ conference เน้น case study และศึกษาข้อมูลด้วยตนเองผ่านการดูแบบอย่างจากวิดีโอ ในการทำหัตถการต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งที่สถาบันการศึกษาพยายามรักษามาตรฐานการพยาบาลในสถานการณ์จำกัดของการระบาดของเชื้อ COVID-19 นี้ จึงจำเป็นต้องมีการวัดผลสมรรถนะก่อนสำเร็จการศึกษาเพื่อให้ผู้ใช้บัณฑิตมีความมั่นใจและเพื่อความปลอดภัยกับวิชาชีพและผู้ป่วยมากขึ้น

การผลิตพยาบาลสู่โรงพยาบาลช้ากว่ากำหนด

บางสถาบันการศึกษาที่มีการปิดและเปิดตามประชาคมอาเซียนจะได้รับผลกระทบ เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 กำลังฝึกภาคปฏิบัติใกล้แล้วเสร็จ ประสบการณ์การเรียนรู้ในช่วงปีสุดท้ายจำเป็นต้องมีการฝึกในสถานที่จริง เพื่อเตรียมตัวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเหตุการณ์ระบาดของเชื้อส่งผลให้การฝึกปฏิบัติต้องงดและถูกเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนดจนกว่าสถานการณ์จะดีขึ้น โดยปกติ นักศึกษาจะสำเร็จและรายงานตัวเพื่อเริ่มทำงานประมาณเดือนพฤษภาคมเป็นอย่างช้า ด้วยเหตุนี้การระบาดของเชื้อจึงส่งผลต่อการผลิตพยาบาลสู่ตลาดแรงงานของโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดจนการเลื่อนการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพส่งผลให้การได้รับค่าตอบแทนวิชาชีพอาจล่าช้าไป

ห้องเรียนเปลี่ยนไป

การสร้างห้องเรียน อาจารย์สามารถสร้างห้องเรียนได้ทุกที่ จากห้องเรียนในสถานศึกษากลายเป็นห้องเรียนในห้องนอน ห้องเรียนในอากาศที่ใดก็ได้ที่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ต (Internet) ผู้สอนสามารถสร้างและใช้งานห้องเรียนออนไลน์ (e-classroom) ด้วย Microsoft Teams หรือ Google Classroom ซึ่งเครื่องมือทั้งคู่มีคุณลักษณะที่มีประโยชน์ต่อการเรียนการสอน เช่น การแจกจ่ายเอกสารประกอบการสอน การสนทนา การสร้างกระดานถามตอบ การมอบหมายงานหรือสั่งการบ้าน การตรวจงาน การสร้างแบบทดสอบ และการให้คะแนน เป็นต้นทำให้ต้องมีการปรับตัวทั้งอาจารย์ผู้สอนและผู้เรียน ที่ได้เริ่มขึ้นหลังมีประกาศปิดสถานศึกษา แต่การเรียนการสอนที่มีห้วงเวลากำหนด ทำให้ยังมีการดำเนินการสอนด้วยรูปแบบออนไลน์ (online) ซึ่งหลังจากได้มีการเรียนการสอนและพบว่าในการเรียนออนไลน์ในช่วงแรกมีติดขัดบ้าง เพราะทั้งอาจารย์และนักเรียนต่างต้องปรับตัวกับโปรแกรมที่ใช้ โดยสำหรับเอกสารที่ใช้ประกอบการเรียนนั้นจะมีการส่งมาในรูปแบบไฟล์ให้ไปดาวน์โหลด แต่ประสิทธิภาพทางการเรียนที่จะได้นั้นก็ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าใครจะตั้งใจกับการเรียนมากน้อยเท่าใดเพราะทุกคนมีอิสระมากกว่าการอยู่ในห้องเรียน สามารถที่จะทำกิจกรรมอื่น ๆ ไปพร้อมกันได้ การเรียนแบบออนไลน์ อาจารย์จะเน้นไปที่การสั่งงานและตอบคำถาม ข้อดีของการเรียนวิธีนี้คือได้ฝึกวินัยตนเอง จะเรียนที่ไหนเมื่อไหร่ก็ได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องอุปกรณ์ที่ใช้มีประสิทธิภาพต่างกัน และคุณภาพสัญญาณอินเตอร์เน็ต มีนักศึกษาให้ความเห็นว่าเป็นข้อดีในการลดการเสียเวลาเรื่องการเดินทางได้มาก

ระบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนเปลี่ยนไป

สำหรับการเรียนการสอนออนไลน์นั้น อาจารย์ก็กลายเป็นอาจารย์ออนไลน์ อาจารย์แต่ละคนต่างเลือกใช้แพลตฟอร์มหลากหลายมาก ทั้ง Zoom, Blackboard Collaboration, Line, หรือ Google Meet ขึ้นอยู่กับลักษณะการเรียนการสอนของแต่ละวิชา แต่ควรคำนึงถึงความสะดวกของผู้เรียนเป็นหลัก การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียนออนไลน์นั้นเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งผู้เรียนและผู้สอนจะต้องเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนถึงเวลาเรียนในส่วนของอาจารย์จะต้องเตรียมสื่อการสอนที่เหมาะกับการสื่อสารออนไลน์ ต้องมั่นใจว่าจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมกับโปรแกรมที่เลือกใช้ในส่วนของผู้เรียน บางครั้งอาจต้อง “ส่งการบ้าน” ล่วงหน้ามาให้อาจารย์ เช่น ถ่ายวิดีโอผลงานมาให้อาจารย์ดูก่อนที่จะอภิปรายในชั้นเรียนออนไลน์ เพื่อประหยัดเวลาและลดความวุ่นวายขณะที่ทุกคนออนไลน์เข้ามา ผู้สอนสามารถบันทึกวิดีโอการสอนของตนแล้วแจกจ่ายให้ผู้เรียนผ่านระบบจัดเก็บ

ข้อมูลแบบคลาวด์ (cloud storage) ด้วย Google Drive หรือ Microsoft OneDrive หรือ Microsoft Stream แล้วจำกัดสิทธิการเข้าถึง สามารถถ่ายทอดสดการสอนผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (video conference) ด้วย Microsoft Teams หรือ Google Meet

สำหรับอุปสรรคและเวลาที่ต้องใช้ในการเรียนการสอนจะเพิ่มมากขึ้น ในการเรียนอาจเป็นปัญหาหนักพิเศษสำหรับนักศึกษาที่ต้องทำงานพิเศษส่งตัวเองเรียนไปด้วย ความพร้อมของอุปกรณ์และโปรแกรมที่ใช้ นักศึกษาจำเป็นต้องมีคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตส่วนตัวเพื่อให้สามารถเรียนออนไลน์ได้ แต่พบปัญหาว่าเมื่อใช้โปรแกรมที่เปิดให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นประจำไปสักระยะหนึ่ง โปรแกรมจะเริ่มตรวจสอบความถี่ของการใช้งานจนจำกัดเวลาในการใช้ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่อาจารย์จะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการใช้งานโปรแกรมเหล่านั้น

ระบบการเก็บคะแนนและตัดเกรดถูกปรับให้เหมาะสม

การวัดความรู้ความเข้าใจและการประเมินผลการเรียนจะยิ่งยากขึ้น หากสถานการณ์ยังไม่คลี่คลายและสถาบันการศึกษาต้องพึ่งพาการเรียนออนไลน์ต่อไปเรื่อย ๆ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ลดสัดส่วนของคะแนนจากงานกลุ่มที่มีความจำเป็นจะต้องทำงานร่วมกันหรือทำร่วมกันได้ผ่านทางออนไลน์ด้วยเครื่องมือทันสมัยต่าง ๆ อาทิ กูเกิลไดรฟ์ เป็นต้น หลายแห่งเริ่มพิจารณาถึงการเลื่อนการสอบหรือเปลี่ยนการสอบเป็นระบบออนไลน์เพื่อลดความเสี่ยงในการชุมนุมกันของนักศึกษาในวันสอบ ทั้งนี้รวมไปถึงการเลื่อนรับปริญญาด้วย กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกระทรวงศึกษาธิการ ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ดูแลนักเรียนนักศึกษาอย่างเข้มงวด จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และปรับเปลี่ยนวิธีสอบไฟนอลเป็นการประเมินผลผ่านโครงงาน (project based) ส่งอาจารย์ผู้สอนแทน

การปฏิบัติที่เปลี่ยนไปสู่วิถีชีวิตแบบใหม่ที่เรียกว่า New normal

จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงหลังจากภาวะการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้อาจารย์และนักศึกษามีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงตั้งแต่การจัดการตนเอง การเรียนรู้ในระบบของเทคโนโลยีที่ไม่คุ้นเคย การคิดจัดการเรียนการสอน คู่กับการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การวางรูปแบบการเรียนการสอนที่ต้องปลอดภัยทั้งผู้เรียนผู้สอน การวางแนวปฏิบัติทั้งในระบบ online และในห้องเรียนปกติ การใช้มาตรการระยะห่างทางสังคม การตรวจวัดอุณภูมิกาย การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยในห้องเรียนในห้องประชุม ตลอดจนการรับประทานอาหาร การซื้ออาหาร การนั่งรับประทานอาหาร ภาพต่าง ๆ เหล่านี้กลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะแต่ในสถาบันการศึกษา แต่กลายเป็นวิถีชีวิตของสังคมอีกด้วย

วิกฤตคือโอกาส

ในการจัดการเรียนการสอน เดิมระบบการศึกษามุ่งเน้นให้ใช้ Active learning ให้ Teach less learn more หรือการใช้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ซึ่งเป็นแนวคิดและการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการเปิดพื้นที่ให้ผู้เรียนได้ใคร่ครวญความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพื่อสังเกตและทำความเข้าใจโลกทัศน์ ความคิด ความเชื่อที่อยู่เบื้องหลัง จึงมักส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์กับคนและสิ่งแวดล้อมรอบตัว[10] มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ที่ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง[11] เข้าใจตนเองและสิ่งต่าง ๆ ย้อนดูตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง เกิดลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างยั่งยืน มาถึงปัจจุบันนี้ในช่วงการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงทำให้การจัดการเรียนการสอนในภาวะวิกฤตนี้กลับกลายเป็นโอกาสที่ต้องเร่งเรียนรู้การเรียนออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Zoom และ Google Classroom มาระยะหนึ่งแล้ว โดยก่อนหน้านี้เคยมีการปิดเรียนและใช้การเรียนออนไลน์ไปครั้งหนึ่งแล้วช่วงแรก ๆ ของการระบาดแม้การเรียนออนไลน์นี้จะมีประสิทธิภาพที่ดี ทั้งผู้เรียนผู้สอนได้ปรับตัวให้ชินกับการเรียนออนไลน์ หลายวิชาเริ่มเห็นทิศทางความเป็นไปได้ในการเรียนออนไลน์ ซึ่งเป็นเรื่องที่สถาบันการศึกษาพยายามสนับสนุนมาโดยตลอด และนี่อาจเป็นโอกาสในการต่อยอดในอนาคตให้เป็นการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง มีแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการศึกษา และมีเทคโนโลยี AR, VR และ AI ในการตอบโจทย์ด้านการศึกษาให้กับผู้เรียนได้ เราไม่จำเป็นต้องให้เกิดวิกฤต แล้วถึงจะ “คิดใหม่” ในระบบการศึกษา แต่เทคโนโลยีสามารถเปลี่ยนบทบาทครูผู้สอน จากที่เคยเป็นผู้ชี้นำ ไปสู่การเป็น

ผู้สนับสนุน และให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนต่อไป[12] สถานการณ์ COVID-19 จะมีส่วนกระตุ้นการคิดว่า นวัตกรรมและเทคโนโลยีจะสามารถช่วยให้สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ผ่านช่วงเวลานี้ไปได้ และต่อไปก็จะได้เห็นการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการศึกษาในระบบการศึกษาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้นำไปใช้ประโยชน์ในการเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบัน ข้อจำกัด ของผู้สอน และผู้เรียน ที่นำไปสู่การสร้างห้องเรียน online ที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาล ที่มีรูปแบบที่เปลี่ยนไปแบบ new normal ที่นำไปสู่การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

สรุป

สถานการณ์ “COVID-19” ที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนคือ แพลตฟอร์มเทคโนโลยีถูกนำมาใช้กับการเรียนการสอนผ่านออนไลน์ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และเทคโนโลยีการสื่อสารที่ต้องพัฒนา ทำให้การเรียนการสอนผ่านออนไลน์ สะดวก และรวดเร็วขึ้น การมีข้อจำกัดของการมีระยะห่างทางสังคม ทำให้ต้องมีการเรียนแบบออนไลน์ อาจารย์จะเน้นไปที่การสั่งงานและตอบคำถาม ข้อดีของการเรียนวิธีนี้คือได้ฝึกวินัยตนเอง จะเรียนที่ไหนเมื่อไหร่ก็ได้ ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนอาจไม่เท่าการเรียนในชั้นเรียนจริง ๆ แต่ก็เป็นไปตามสถานการณ์ตลอดจนผลกระทบต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลและการสำเร็จการศึกษา การเกิดผลกระทบนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นของอาจารย์และนักศึกษาที่เรียกว่า new normal ของสังคม เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

References

1. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 40 pages.
2. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. Last updated 18 March 2020.
3. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Statistical thailand 2017. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health: Thanon Tiwanon, Amphoe Muang, Nonthaburi; 2017. (in Thai)
4. Katie P. “What is social distancing and how can it slow the spread of COVID-19?”. The Hub. Johns Hopkins University [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 29]. Available from:https://hub.jhu.edu/2020/03/13/what-is-social-distancing/
5. Guidance on Preparing Workplaces for an Influenza Pandemic. Occupational Safety and Health Act of 1970. United States Department of Labor. OSHA 3327-02N 2007 [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf
6. Strategic and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Summary of important health statistics in year 2013. (in Thai).
7. AP stylebook. coverage of the virus outbreak. Coronavirus Topical Guide.2020.
8. WHO Thailand. COVID-19 - WHO Thailand Situation Reports. 4 April 2020.
9. Hussain I. Role of information technologies in teaching learning process: perception of the faculty. Turkish Online Journal of Distance Education-TOJDE 2008;9(2):46-56.

10. Songwatthanayuth P, Polin S. The curriculum for nursing students in the 21st century:case study and transformative learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2):10-16. (in Thai).
11. Radabutr M, Thanirat S, Pinyomit S. Perceptions and experiences of nursing students in Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi regarding active learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(3):144-53. (in Thai).
12. Jamkrajang T, Khumtaveeporn P. Effect of team-based learning in basic nursing skill practicum on nursing care skill for patient with medication injection in the second year nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016;17(2):194-200. (in Thai).

บทความวิชาการ

พยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 : แนวทางการพัฒนาเพื่อบรรลุผลการเรียนรู้ของผู้เรียน

Nurse Preceptors in the 21st Century: Recommendations for Achieving Learning Outcomes of Learners

Received: Apr 8, 2020
Revised: May 20, 2020
Accepted: May 29, 2020

นันทกา สวัสดิพานิช พย.ด. (Nantaga Sawasdipanich, Ph.D.)[1]
พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์ พย.ด. (Piriyalux Sirisupluxana, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

ในศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการศึกษา โดยการศึกษาระดับอุดมศึกษามุ่งพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความเชี่ยวชาญตามสาขาวิชาการหรือวิชาชีพที่ตนถนัด ปัจจุบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์เน้นความสำคัญที่ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต การออกแบบการเรียนการสอนให้ตอบสนองกับบริบทและความต้องการของผู้เรียนจึงถือเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะการสอนภาคปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ต้องออกแบบวิธีการสอน การวัด และการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในทุกด้านทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เนื่องด้วยปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยงจึงเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนานักศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่ผ่านมาพยาบาลพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล แต่ดูเหมือนว่าการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงนั้นยังไม่เพียงพอที่จะทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงเกิดความมั่นใจในการสอนในคลินิกและการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานของผู้เรียน อีกทั้งระบบพยาบาลพี่เลี้ยงยังไม่เอื้อให้พยาบาลทำหน้าที่พี่เลี้ยงได้อย่างสมบูรณ์ บทความนี้จึงขอนำเสนอเกี่ยวกับความสำคัญของพยาบาลพี่เลี้ยงในการพัฒนานักศึกษาให้บรรลุผลการเรียนรู้ สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 และแนวทางการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 ดังนั้น หากพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับทิศทางของการจัดการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรตามที่คาดหวังได้

คำสำคัญ: การเรียนการสอนในคลินิก, พยาบาลพี่เลี้ยง, ผลการเรียนรู้, ศตวรรษที่ 21

[1] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, E-mail: nantaga@stin.ac.th*
[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, E-mail: piriyalux.s@bcn.ac.th*
[1] *Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand*
[2] *Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand*

Abstract

In the 21st century, there have been several dramatically changes in technology, economy, society, culture, and education. The higher education system focuses on human resource development to be proficient in the academic field or profession. Presently, nursing education also emphasizes on learning outcomes of the learners and the desirable characteristics of graduates. Teaching and learning methods should be designed consistent with contexts and needs of the learners, which is challenge. Particularly, clinical teaching, which directly performs with human, should design in teaching, measuring, and evaluating learning outcomes in every domains including ethics and morals, knowledge, cognitive skills, interpersonal skills and responsibility, numerical, communication and information technology skills, and psychomotor skills. According to faculty member shortage, nurse preceptor is a mechanism in improving nursing practice skills of the learners following the professional standards. Previously, most nurse preceptors were traditionally training following the criteria of the Thailand Nursing and Midwifery Council. It seems to be nurse preceptors were insufficiently potential development until, they feel more confident in teaching and evaluating the learners. Moreover, the nurse preceptorships are not facilitating nurses to perform their roles. This article presents the importance of nurse preceptor in developing learning outcomes of learner, competencies of nurse preceptor in the 21st century, and recommendations for developing nurse preceptor in the 21st century. Therefore, if nurse preceptors were developed both individuals and policy levels which were consistent with trends of educational management and nursing curriculum will promote the achievements of the learners in course and program learning outcomes.

Keywords: clinical teaching, nurse preceptors, learning outcomes, 21th Century

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 ระบบอุดมศึกษามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความเชี่ยวชาญตามสาขาวิชาการหรือวิชาชีพที่ตนถนัด รวมทั้งเสริมสร้างทักษะในการประกอบอาชีพของบุคคลและการศึกษาตลอดชีวิต[1] สถาบันอุดมศึกษาจึงหันมามุ่งผลลัพธ์ของผู้เรียนหรือสมรรถนะของบัณฑิต (competency-based education) การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย เช่นเดียวกับสาขาวิชาชีพอื่น ๆ[2] การออกแบบหรือปรับปรุงหลักสูตรต้องกำหนดผลการเรียนรู้หรือคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนก็ต้องเน้นให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจ ได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่จำเป็น โดยเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ตามหลักสูตรแล้วผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (psychomotor) ความสามารถเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อความเป็นวิชาชีพของตนเอง (attitude) ทั้งของหลักสูตร (program learning outcomes) และของรายวิชา (course learning outcomes)[3] ซึ่งมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ องค์ประกอบสำคัญของการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้นั้นคงไม่ใช่เพียงตัวหลักสูตร อาจารย์ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้เท่านั้น พยาบาลพี่เลี้ยง

เป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนานักศึกษาเพราะพยาบาลพี่เลี้ยงจะเป็นตัวแบบที่ดีในการหล่อหลอมคุณสมบัติของการเป็นพยาบาลและสร้างศรัทธาในการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล โดยนักศึกษาจะซึมซับ เรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกนั้นๆ ตลอดเวลา พยาบาลทุกคนจึงมีบทบาทสำคัญในการสอนและพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล หรือเป็นพี่เลี้ยงสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามวัตถุประสงค์ของสถาบันการศึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยระบบพยาบาลพี่เลี้ยง (preceptorship) คือ การให้พยาบาลประจำการที่มีความรู้ความสามารถและทักษะทางคลินิก (experienced staff-nurses) ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นรูปธรรม (formal training) และมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่พึงประสงค์มาทำหน้าที่สอนงาน ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแก่นักศึกษา โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันกับผู้เรียน เพื่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี ช่วยสร้างศรัทธาในการทำงานเชิงวิชาชีพและหล่อหลอมขัดเกลานักศึกษาให้มีคุณสมบัติของการเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต[4] ซึ่งระบบพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะให้แก่นักศึกษา ทั้งด้านทักษะภาวะผู้นำ ทักษะการทำงานเป็นทีม[5] ทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และมีความสามารถในการบูรณาการความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลได้ดี[6]

แม้สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างแพร่หลายและยาวนาน แต่มิได้หมายความว่าพยาบาลพี่เลี้ยงทุกคนสามารถทำการสอนทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยอาจไม่เข้าใจในบทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างลึกซึ้งและไม่มีการเตรียมหรือวางแผนการสอนล่วงหน้าเพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ได้จริง ทั้งการเป็นผู้ที่ใฝ่รู้ สามารถคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้ในสาขาวิชา มีมาตรฐานจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นภายหลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลได้ ผลการศึกษาหลายฉบับระบุเกี่ยวกับปัญหาของพยาบาลพี่เลี้ยงในการสอนภาคปฏิบัติไว้หลายประเด็นทั้งเรื่องภาระงานประจำที่มากเกินไป การไม่มีความรู้ภาคทฤษฎีที่ลึกซึ้ง[7] การขาดความมั่นใจในการสอน หรือไม่มีเทคนิคการสอนทางคลินิก การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน[8] รวมถึงการติดตามนิเทศนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาที่ได้รับมอบหมายไม่ทัน กล่าวคือ ไม่สามารถตามนิเทศนักศึกษาทุกคนได้ในเวลาเดียวกัน เพราะนักศึกษาแต่ละคนมีกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้ผู้ป่วยของตนเองพร้อม ๆ กัน และด้วยภาระหน้าที่รับผิดชอบในหอผู้ป่วยที่ประจำการอยู่ค่อนข้างมาก จึงมีเวลาน้อยในการเตรียมตัวปฏิบัติหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์[7,8] บางหอผู้ป่วยต้องให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานไม่ถึง 3 ปี และยังไม่ผ่านการอบรมมาทำหน้าที่พี่เลี้ยงเนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลัง[8]

นอกจากนี้มีรายงานความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยงในการพัฒนาต่อการสอนภาคปฏิบัติ คือ การส่งเสริมให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีความรู้ทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสอนในภาคปฏิบัติ เพื่อให้การสอนมีความทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์[7] การพัฒนาศักยภาพด้านการสอนเพื่อให้มีสมรรถนะในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งในด้านทักษะความรู้ความสามารถทางการพยาบาล ทักษะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะบูรณาการการสอนกับการพยาบาล[9] รวมทั้งมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงอาวุโสซึ่งสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์หรือมีประสบการณ์ทำงานแตกต่างจากบริบทปัจจุบันให้เป็นผู้สอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษารุ่นใหม่ให้สามารถบรรลุผลการเรียนรู้จึงถือเป็นความท้าทาย บทความนี้ขอนำเสนอเกี่ยวกับความสำคัญของพยาบาลพี่เลี้ยงในการพัฒนานักศึกษาให้บรรลุผลการเรียนรู้ สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 และแนวทางการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 หากพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการพัฒนาตามรูปแบบที่ชัดเจน จะช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาและจุดมุ่งหมายของหลักสูตร วิธีการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลมากขึ้น ตลอดจนได้รับการบริหารจัดการภาระงานเพื่อให้มีเวลาเตรียมการสอนและทบทวนความรู้ภาคทฤษฎีให้ลึกซึ้ง จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ได้

ความสำคัญของพยาบาลพี่เลี้ยงในการพัฒนานักศึกษาให้บรรลุผลการเรียนรู้

สถาบันการศึกษาพยาบาลเกือบทุกแห่งในประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลมายาวนาน ซึ่งกระทบต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลอย่างมากทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ[10] สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งจึงแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลโดยจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยง (nurse preceptor) ที่มีความชำนาญสูงมาทำหน้าที่สอนภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาในแหล่งฝึก[11] โดยยึดสัดส่วนของจำนวนพยาบาลพี่เลี้ยงต่อจำนวนนักศึกษาในการสอนภาคปฏิบัติไม่เกิน 1: 8 เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้มากที่สุด ในทางปฏิบัติสถาบันการศึกษาพยาบาลมีความลำบากในการแสวงหาพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาลที่มีความชำนาญสูง รวมทั้งมีใจรักในการสอนและถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่นักศึกษา โดยเฉพาะในบางแหล่งฝึกที่มีจำนวนพยาบาลจำกัดอยู่เดิม เช่น แผนกห้องคลอด แผนกหอผู้ป่วยวิกฤต สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลพี่เลี้ยง โดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญหรือประสบการณ์สูงในการปฏิบัติทักษะทางวิชาชีพการพยาบาล และได้รับการแต่งตั้งจากสถาบันการศึกษาให้เป็นผู้สอน ผู้สนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา[9] ให้เป็นอาจารย์พิเศษสอนภาคปฏิบัติ สถาบันการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกทุกปี โดยมีเนื้อหาการอบรมตามหลักสูตรกลางของสภาการพยาบาล คือ 1) ระบบบริการสุขภาพและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2) หลักสูตรและการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ 3) วิธีการเรียนการสอนในคลินิก 4) บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง และ 5) การประเมินผลการเรียนรู้[12] ทั้งในรูปแบบบรรยาย อภิปรายกลุ่มย่อย วิเคราะห์กรณีศึกษา และฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย มีระยะเวลาอบรมจำนวน 5 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงไว้ช่วยในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามความจำเป็นและบริบทของแต่ละสถาบัน

จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่เป็นวิทยากรอบรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับสถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่ง และมีโอกาสได้ร่วมสอนภาคปฏิบัติคู่กับพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก มีทรรศนะว่าบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงไม่ใช่เพียงการพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีสำหรับนักศึกษาพยาบาลเท่านั้น แต่ควรสอนนักศึกษาสามารถคิดวิเคราะห์ กล้าตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และลงมือปฏิบัติแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในคลินิกได้ด้วย การสอนนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ให้มีสมรรถนะเชิงวิชาการและสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามที่กล่าวมามีความท้าทายอยู่หลายประการ[13] โดยเฉพาะผู้เรียนยุคเจนเนอเรชั่นแซต (generation Z) ที่มีลักษณะไม่ค่อยมีความอดทน นิยมสื่อสารผ่านเทคโนโลยี ชอบแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อาจมีข้อจำกัดในการสื่อสารทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน รวมถึงการทำงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ[14] การสอนทักษะปฏิบัติการพยาบาลหรือทักษะทางคลินิกนั้นต้องทำให้นักศึกษาเกิดทักษะควบคู่ไปกับความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้เขียนพบประเด็นการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง คือ การคัดเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์มาทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยทั่วไปการคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยงพิจารณาความอาวุโสเป็นหลักและไม่มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน[15] พยาบาลบางคนมีประสบการณ์ทางคลินิกไม่มากพอหรือยังไม่ผ่านการอบรมแต่ยอมรับการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยง การที่พยาบาลพี่เลี้ยงมีประสบการณ์ทางวิชาชีพน้อยกว่า 5 ปี อาจไม่สามารถถ่ายทอดทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างลึกซึ้ง[8] ดังนั้นหากพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการเตรียมความพร้อมตามหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกของสภาการพยาบาล รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพิ่มเติมด้วย จะช่วยทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงเกิดความมั่นใจและมีเทคนิคการสอนในคลินิกมากขึ้น ส่งเสริมให้การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรตามมา

สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21

จุดมุ่งหมายของการสอนในคลินิกของพยาบาลพี่เลี้ยง คือ การทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในผลการเรียนรู้ (learning outcomes) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม

จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ[16] การที่พยาบาลพี่เลี้ยงจะสามารถจัดการสอนภาคปฏิบัติเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นและทันกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นได้นั้น พยาบาลพี่เลี้ยงต้องมีการปรับตัวและมีทักษะที่จำเป็นแห่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะ 3R และ 8C17 โดย 3R คือทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ประกอบด้วย 1) Reading (อ่านออก) 2) (W) Riting (เขียนได้) และ 3) (A) Rithmetics (คิดเลขเป็น) สำหรับ 8C ได้แก่ 1) Critical thinking and problem solving (ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหา) 2) Creativity and innovation (ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม) 3) Cross-cultural understanding (ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์) 4) Collaboration, teamwork, and leadership (ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ) 5) Communications, information & media literacy (ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ) 6) Computing and ICT literacy (ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร) 7) Career and learning skills (ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้) และ 8) Compassion (มีคุณธรรม มีเมตตา กรุณา มีระเบียบวินัย) พยาบาลพี่เลี้ยงต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้ชี้แนะ (coach) และอำนวยความสะดวก (facilitator) ในการเรียนรู้แก่ผู้เรียน กระตุ้นผู้เรียนให้คิดวิเคราะห์หรือคิดแก้ปัญหาจากสถานการณ์ในคลินิกโดยใช้คำถามที่ท้าทายและกิจกรรมการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เช่น การมอบหมายให้รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น และการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการหรือวางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้รับบริการภายใต้การมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ระหว่างผู้เรียนและพยาบาลพี่เลี้ยง หากพยาบาลพี่เลี้ยงสามารถถ่ายทอดทักษะที่จำเป็นแห่งการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้แต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านคุณธรรมจริยธรรม พยาบาลพี่เลี้ยงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านนี้เนื่องด้วยพยาบาลพี่เลี้ยงถือเป็นแบบอย่างของการแสดงพฤติกรรมที่อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพและสืบทอดวัฒนธรรมในวิชาชีพการพยาบาลแก่ผู้เรียน[11] ทั้งเรื่องระเบียบวินัย การมีเมตตากรุณา ปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความคาดหวังของสังคมต่อวิชาชีพการพยาบาล สร้างความตระหนักในความแตกต่างของบุคคลและวัฒนธรรม ตลอดจนสิทธิผู้รับบริการ จะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลมากขึ้น[18] สร้างความรักและศรัทธาต่อวิชาชีพ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการคงอยู่ในวิชาชีพในอนาคต

ด้านความรู้ พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถอธิบายและซักถามความรู้ของผู้เรียนในขณะสอนภาคปฏิบัติได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรภาพของโรค อาการและอาการแสดง และการดูแลรักษาพยาบาลผู้รับบริการ รวมถึงสอบถามขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลก่อนให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติ ทั้งนี้สามารถมอบหมายผู้เรียนไปแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ แล้วนำมาแลกเปลี่ยนในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลหรืออภิปรายกลุ่ม วิธีการเหล่านี้จะช่วยพัฒนาความรู้ได้อย่างมากและผู้เรียนสามารถจดจำความรู้ได้ดีขึ้น เพราะเป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง

ด้านทักษะทางปัญญา พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถส่งเสริมผลการเรียนรู้ด้านนี้โดยมอบหมายให้ศึกษาผู้รับบริการ (case study) เช่น รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพปัญหาผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย แลกเปลี่ยนข้อมูล กระตุ้นการใช้ความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) การใช้เหตุผลในการเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่หรือเสริมสร้างความรู้ให้กว้างขวางขึ้น รวมทั้งมุ่งให้ผู้เรียนฝึกฝนในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (problem-solving) คือสอนให้ผู้เรียนรู้จักวิธีคิดมากกว่าท่องจำ[18] ซึ่งมีผลการศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในประเทศแอฟริกาใต้ที่ระบุว่านักศึกษาที่ผ่านโปรแกรมพยาบาลพี่เลี้ยงของโรงเรียนพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และมีความสามารถในการบูรณาการความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลได้ดีขึ้น[6] นอกจากนี้การจัดให้ผู้เรียนมีการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติการพยาบาล (reflective practice) จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ทางคลินิกของผู้เรียน เป็นการเชื่อมโยงความรู้ระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติโดยทบทวนประสบการณ์ด้วยความใคร่ครวญ ผลของการสะท้อนคิดจะส่งเสริมความรู้ความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหาในการพยาบาล การให้เหตุผลทางคลินิก และการตัดสินใจทางคลินิก[19] เป็นอีกวิธีของการพัฒนาทักษะทางปัญญาของผู้เรียนได้ด้วย

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถสอนและชี้แนะผู้เรียนในเรื่องการปรับตัวและการทำงานร่วมกับผู้อื่นทั้งเพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงผู้รับบริการ แนะนำการช่วยเหลือสนับสนุนงานของทีมการพยาบาลและการแก้ไขปัญหาของกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะผู้นำหรือผู้ตามของทีม วิธีการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้เรียน นอกจากนี้ควรสอนให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านนี้โดยมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาและฝึกวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการแปลผล รวมถึงการมอบหมายให้ผู้เรียนเขียนบันทึกทางการพยาบาลและนำเสนอต่อกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของผู้เรียนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และถูกต้อง โดยการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจในระหว่างการปฏิบัติ รวมถึงแนะนำการใช้ทรัพยากรทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18] ด้วยความชำนาญและประสบการณ์ทางคลินิกของพยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาทอย่างมากในการช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านนี้ของผู้เรียน มีรายงานวิจัยที่ระบุถึงผลการใช้พยาบาลพี่เลี้ยงช่วยให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจและมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการที่พยาบาลพี่เลี้ยงมีความเป็นมิตร เปิดใจกว้าง และสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในคลินิกเชิงบวก ผู้เรียนจึงเกิดความกระตือรือร้นที่จะไปขอรับความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้เรียนยังไม่เข้าใจและไม่สามารถปฏิบัติในบางทักษะการพยาบาล[20]

แนวทางการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถทำบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงตามที่ได้รับการมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมผู้เรียนให้บรรลุผลการเรียนรู้นั้น ต้องดำเนินการควบคู่ทั้งสองระดับ คือ การพัฒนาตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยง และการพัฒนาระดับนโยบายของสถาบันการศึกษาพยาบาลร่วมกับฝ่ายบริการพยาบาล ในแต่ละระดับมีแนวทางดังนี้

การพัฒนาตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลที่รับหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงมักถูกคาดหวังว่าเป็นบุคคลที่ทำงานเก่ง ทำงานดี และมีใจในการสอนงานรุ่นน้อง โดยพยาบาลควรพัฒนาตนเองในประเด็นต่อไปนี้

1. เป็นผู้รอบรู้ พยาบาลพี่เลี้ยงที่ดีต้องมีความรู้หลายด้านทั้งด้านการพยาบาล ระบบสาธารณสุข ด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะความรู้ทางทฤษฎีที่ต้องรู้ให้ลึกซึ้ง เพื่อช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีความมั่นใจในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและตอบคำถามของนักศึกษา[7] ในขณะเดียวกันความรอบรู้ของพยาบาลพี่เลี้ยงจะช่วยให้นักศึกษาตื่นตัวในการเรียนรู้และกระตุ้นแสวงหาความรู้เพิ่มเติม จะได้สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมด้วย

2. มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัยอยู่เสมอ สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันเพื่อไม่ให้นักศึกษาเกิดความสับสนหรือเข้าใจไม่ตรงกันเมื่อย้ายแหล่งฝึก ซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยงควรมีการทบทวนกระบวนการทำงาน (work process) ขั้นตอนการทำงาน (work procedure) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (work instruction) มาตรฐานทางคลินิก (clinical standard protocol) ในงานที่รับผิดชอบให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ รวมถึงส่งเสริมสนับสนุนการค้นคว้าบทความวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล[21] รวมถึงต้องแสดงทักษะทางคลินิกหรือกระทำหัตถการต่าง ๆ ให้นักศึกษาได้เรียนรู้หรือได้เห็นสถานการณ์การปฏิบัติจริง ซึ่งจะเป็นโอกาสที่ดีที่นักศึกษาจะได้ลงมือปฏิบัติหรือฝึกทักษะต่าง ๆ หากพยาบาลพี่เลี้ยงมีความชำนาญหรือเชี่ยวชาญในทักษะนั้น ๆ

3. ทำความเข้าใจในบทบาทการสอน เตรียมการสอนและเตรียมเนื้อหาที่จะสอน โดยจัดทำแผนการสอน

การนำแผนการสอนไปสู่การปฏิบัติกับผู้เรียน การติดตามและการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการสอนอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องด้วยการวางแผนการสอนและฝึกทักษะเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์ครบถ้วนและการทำความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาเป็นเรื่องที่ไม่ใช่งานประจำของพยาบาลพี่เลี้ยง[8] จึงต้องใช้เวลาในการเตรียมการสอนว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้อะไร ทำไมต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในทักษะนั้น จะช่วยผู้เรียนให้เรียนรู้ที่ดีได้อย่างไร และจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้เรียนได้เรียนรู้สิ่งนั้นแล้ว

4. มีเทคนิคในการสื่อสารที่ดีกับผู้เรียน โดยพยาบาลพี่เลี้ยงต้องให้ข้อมูลสะท้อนกลับด้วยคำพูดเชิงบวกกับนักศึกษาเป็นระยะ ๆ เพราะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 มักมีความมั่นใจในตนเองสูง และเชื่อถือเครือข่ายทางสังคมที่ตนเองมี หากพยาบาลพี่เลี้ยงให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียว อาจไม่สร้างความตระหนักหรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้เรียน ไม่เพียงแต่มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้เรียนเท่านั้น แต่พยาบาลพี่เลี้ยงต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพด้วย เพราะนักศึกษาจะจดจำวิธีการสื่อสารของพยาบาลพี่เลี้ยงและอาจเลียนแบบพฤติกรรมการสื่อสารดังกล่าว และอาจคิดว่าพฤติกรรมบางอย่างสามารถกระทำได้หรือยอมรับได้และจะปฏิบัติตาม

5. พัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อดิจิตัลเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับนักศึกษาพยาบาลช่วงอายุเจนเนอเรชั่นแซด (generation Z) ที่นิยมการสื่อสารผ่านระบบอินเตอร์เน็ค เช่น ใช้ในการมอบหมายงานการเตรียมตัวก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล การให้ผลสะท้อนกลับ (feedback)

6. มีภาวะผู้นำ สร้างแรงจูงใจในการเป็นพี่เลี้ยง และพัฒนาตนเองให้ความเป็นวิชาชีพหรือคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงพฤติกรรมการแสดงออกถึงการเป็นวิชาชีพพยาบาลที่ดี เช่น ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลา การแต่งกาย เพราะพฤติกรรมการแสดงออกทางวิชาชีพนี้จะเป็นเบ้าหลอมให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะของพยาบาลที่ดี เพราะถ้านักศึกษาได้เห็นพยาบาลพี่เลี้ยงมาปฏิบัติงานหรือมาสอนตรงเวลา นอกจากนี้บุคลิกภาพและการแสดงออกที่เหมาะสมของพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้เรียนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตั้งคำถามและการฝึกถามคำถาม ใช้คำถามที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และกระตุ้นให้มีการสะท้อนความคิดของผู้เรียน

การพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงระดับนโยบาย การพัฒนาพี่เลี้ยงในระดับนโยบายถือเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลกับฝ่ายบริการพยาบาลของแหล่งฝึกที่จะต้องดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณภาพและนำไปปฏิบัติได้เป็นรูปธรรม มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรมีการประสานงานกับฝ่ายบริการพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจนและมีความสอดคล้องกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของแหล่งฝึก เพื่อให้มีสัดส่วนของพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สภาการพยาบาลเพียงพอกับจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงาน[8] โดยมีระบบการเรียนการสอนและการติดตามผลการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการประชุมปรึกษาหารือระหว่างอาจารย์คณะผู้สอนและพยาบาลพี่เลี้ยง การสื่อสารระหว่างอาจารย์คณะผู้สอนในรายวิชาและพยาบาลพี่เลี้ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลพี่เลี้ยงควรได้รับการอธิบายการใช้เครื่องมือในการประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาล วิธีการให้คะแนน เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน การแปลผลค่าคะแนน รวมถึงแนวทางการแก้ไขเมื่อนักศึกษาไม่ผ่าน เพื่อที่พยาบาลพี่เลี้ยงจะได้ประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน[9] รวมถึงการประเมินพยาบาลพี่เลี้ยงภายหลังการสอน เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงรับรู้ถึงจุดเด่นและจุดด้อยในการสอนภาคปฏิบัติของตนเอง[7]

2. สถาบันการศึกษาควรจัดอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่จะมารับหน้าที่พี่เลี้ยงให้ความเข้าใจในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่รับหน้าที่สอน และหากผ่านการอบรมแล้วควรได้รับการฟื้นฟูความรู้ทุก 5 ปี เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน และทันต่อการปรับปรุงหลักสูตรของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่เกิดขึ้นทุกวงรอบ 5 ปี มีการศึกษาพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมหรือฝึกหัดจะมีทัศนคติที่ดีต่อนักศึกษาพยาบาลช่วยสนับสนุนและชี้แนะนักศึกษาดีกว่าพี่เลี้ยงที่ไม่ได้รับการอบรม โดยพี่เลี้ยงมีการสอบถามความต้องการการเรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น เตรียมตัวที่จะเรียน เพราะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ[20]

3. สถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลควรคัดเลือกพยาบาลจากแหล่งฝึกที่มีคุณสมบัติตามที่สภาการพยาบาลกำหนด คือ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง 2) มีวุฒิการศึกษาและประสบการณ์โดยสำเร็จปริญญาโท/ปริญญาเอกทางการพยาบาล หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือสำเร็จการศึกษาปริญญาโท/ปริญญาเอกสาขาอื่น และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือสำเร็จการศึกษาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แต่ต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี 3) เป็นพยาบาลประจำการหรือไม่ประจำการในหอผู้ป่วยและปฏิบัติงานหรือไม่ปฏิบัติงานประจำในขณะสอนภาคปฏิบัติ และมีประสบการณ์ตรงในสาขาที่สอน เพื่อมารับการอบรมตามหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง กรณีที่พยาบาลบางคนผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และศิลป์การสอนทางการพยาบาลหรือหลักสูตรด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เคียงได้และสภาการพยาบาลให้ความเห็นชอบ โดยพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์การทำงานสูงมากกว่า 7 ปี จะมีความมั่นคงทางวุฒิภาวะ สามารถปฏิบัติบทบาทพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำปรึกษาและด้านเป็นแบบอย่างให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปี[8]

4. การประสานงานเพื่อการบริหารอัตรากำลังร่วมกันระหว่างฝ่ายสถาบันการศึกษาและฝ่ายบริการพยาบาลด้วยการพัฒนาบุคลากรในระบบพยาบาลพี่เลี้ยง (nurse preceptorship) ให้พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะด้านการสอน ทักษะการพยาบาล ทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงแก่นักศึกษาในการฝึกภาคปฏิบัติ[11] โดยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวัดประเมินผลให้กับพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีแนวทางการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนว่าผู้เรียนมีจุดเด่นในเรื่องใด มีจุดด้อยตรงไหน และเป็นการวัดอย่างหนึ่งว่าพยาบาลพี่เลี้ยงสามารถสอนให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลได้ปฏิบัติบทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงภายใต้บรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนการสอน ไม่มีความกดดันจากภาระงานประจำที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป

บทสรุป

ผลการวิจัยที่ผ่านมาเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อให้สามารถสอนนักศึกษาในภาคปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพไว้ 3 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาด้านโครงสร้างหรือการได้มาซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยง คือ กำหนดคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน มอบหมายและกำหนดสัดส่วนพยาบาลพี่เลี้ยงต่อนักศึกษา เตรียมความพร้อมพยาบาลพี่เลี้ยงและแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร และมีแผนการสอนที่ชัดเจน 2) การพัฒนากระบวนการหรือระบบการเรียนการสอน คือ ประชุมปรึกษาหารือระหว่างอาจารย์ผู้สอนและพยาบาลพี่เลี้ยงเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายประสบการณ์การเรียนรู้ของรายวิชา รวมทั้งแนวทางการวัดและประเมินผลผู้เรียนที่ชัดเจน และ 3) ด้านผลลัพธ์หรือการติดตามผล คือ ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาและพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งประเมินสมรรถนะในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาตามผลการเรียนรู้ของรายวิชา[7,15] พร้อมแจ้งผลให้พยาบาลพี่เลี้ยงทราบเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น นอกจากนี้ การมีรูปแบบความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างจริงจังระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลกับฝ่ายการพยาบาลหรือแหล่งฝึกทั้งในระดับบุคคลและระดับนโยบายให้มีความพร้อมและมีการบริหารจัดการภาระงานเพื่อให้พยาบาลได้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงอย่างสมบูรณ์ จะเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ตามความคาดหวังของหลักสูตร

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

ควรนำแนวทางการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงในศตวรรษที่ 21 ใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่จะมาทำหน้าที่พี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึก โดยเริ่มตั้งแต่กำหนดตัวบุคคลที่มีความชำนาญหรือประสบการณ์ทางวิชาชีพมารับการอบรมตามหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งเนื้อหาของการอบรมควรระบุเกี่ยวกับผลการเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบัน ในการปฐมนิเทศรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรมีการอธิบายพยาบาลพี่เลี้ยงเกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล โดยเฉพาะวิธีการให้คะแนน เกณฑ์การประเมิน การแปลผลคะแนน และแนวทางการพัฒนาผู้เรียน หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของรายวิชา นอกจากนี้

ระหว่างการจัดการเรียนการสอนควรให้พยาบาลพี่เลี้ยงได้ร่วมประเมินเพื่อพัฒนาผู้เรียน (formative evaluation) กับอาจารย์ผู้สอนเพื่อวางแนวทางการพัฒนาผู้เรียนเป็นระยะ ๆ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้พยาบาลประเมินสมรรถนะด้านการสอนทางคลินิกของตนเองภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนของรายวิชาด้วย เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาหรือปรับปรุงในปีการศึกษาถัดไป อันจะช่วยพัฒนาการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติและพัฒนาให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ของรายวิชา

References

1. The Higher Education Act. Published in the Government Gazette, Vol.136, Part 57a, Page 54-78, dated 1st May B.E. 2562 (2019). (in Thai).
2. Yamnoon S. Role of audit office under the Higher Education Plan 20 years (B.E. 2560-2579) [Internet]. 2017. [cited 2020 Apr 5]. Available from: www.bme.mua.go.th2/wp-content/uploads/2017/10/ME-in-20-yrs.pdf. (in Thai).
3. Jinruang S, Naraphong W, Nithitantiwat P. Outcome-based education in nursing science. Journal of Phrapokklao Nursing College 2018;29(2):207-16. (in Thai).
4. Kanmali Y, Suikraduang A. Role of nurse preceptor, socialization, and learning management in practice. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2017;23(1):124-30. (in Thai).
5. Santwanpas N, Chawajaroenpan W, Sirisupluxana P. The impact of using nurse preceptor system for nursing students on leadership, team work, happiness and humanized care in Nursing Administration Practicum. Journal of Health Science Research 2016;10(2):105-14. (in Thai).
6. Joubert A, De Villiers J. The learning experiences of mentees and mentors in a nursing school's mentoring programme. Curationis 2015;38(1):1145-51.
7. Nateetanasombat K, Namjuntra R, Punthasee P, Luengwilai I. Clinical teaching of preceptors and directions for preceptorship development, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. HCU Journal of Health Science 2015;19(37):71-88. (in Thai).
8. Bandansin J, Poonchai S, Saisamorn C, Kanglee K. Practices in preceptor's role of professional nurses in the training places of the royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(3):32-41. (in Thai).
9. Plodpluang U. Competencies of preceptor. Princess of Naradhiwat University Journal 2016;8(3): 168-74. (in Thai)
10. Phaktoop M, Saradhuldhat G. Shortage and Retention of Nurse Educators in Education Institutions. Journal of Nursing and Education 2018;11(3):1-9. (in Thai)
11. Jamjan L, Pomisrikaew S. Trend of using nurse preceptor for enrichment learning for the learner. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;19(Suppl):34-8. (in Thai).
12. Thailand Nursing and Midwifery Council. Core Course of preceptorship training for nurses. Published 7 June B.E.2556 (2013) (in Thai).

13. Saraketrin A. Rongmuang D. Chantra R. Nursing education in the 21st century: competencies and roles of nursing instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(1):12-23. (in Thai).
14. Wongsaree C. Clinical teaching in Adult Nursing Practicum Course for generation Z collegian. Journal of Boromarajonni College of Nursing, Bangkok 2015;31(2):130-40. (in Thai).
15. Wankaew B, Cheevakasemsook A, Likhitluecha N. The development of a nurse preceptor model for new graduate generation Y nurses at Vajira hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(sup):392-402. (in Thai)
16. Thai Qualifications Framework for Higher Education. Published in the Government Gazette, Vol. 135, Part 1d, Page7, dated 3rd January B.E.2561 (2018). (in Thai)
17. Teacupta P, Yindeesuk P. Lesson learned in century 21. Bangkok: Chulalongkorn University Printing; 2014. (in Thai)
18. Woodley LK. Clinical teaching in nursing. In: Oermann MH, editor. Teaching in nursing and role of the educator: The complete guide to best practice in teaching, evaluation, and curriculum development. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2015. p.141- 61.
19. Sinthuchai S, Dejpituksirikul S, Yoksuriyan P. Reflective practice in nursing education. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(2):15-23. (in Thai).
20. Phuma-Ngaiyaye E, Bvumbwe T, Chipeta MC. Using preceptors to improve nursing students' clinical learning outcomes: a Malawian students' perspective. International Journal of Nursing Sciences 2017;4:164-8.
21. Thanomlikhit C, Kheawwan P. Nurse residency coordinator: an important role for professional nursing development. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018;5(2):96-110. (in Thai).

บทความวิชาการ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัย

Collecting Qualitative Data in Vulnerable Groups: Case Study as Research Methods

Received: Apr 24, 2020
Revised: May 25, 2020
Accepted: May 30, 2020

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D. (Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D)[1]
วรรณวดี ณภัค Ph.D. (Wanwadee Napark, Ph.D.)[2]
พัชรี ใจการุณ Ph.D. (Patcharee Jaigarun, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนน้อย แต่ต้องการข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง ทำให้เสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และเกิดการหย่อนทางจริยธรรมได้มากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ นักวิจัยจึงต้องดำเนินการวิจัยด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าบุคคลทั่วไป และผู้ที่อาจไม่มีอิสระในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ บทความนี้มีจุดประสงค์ในการนำเสนอกลยุทธ์การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ศึกษาของผู้แต่งในรูปแบบกรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัย โดยมีผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บทความนี้เหมาะสำหรับนักศึกษาและนักวิจัยที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ: กรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัย, กลุ่มเปราะบาง, ข้อมูลเชิงคุณภาพ

[1] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา E-mail: prangthip@knc.ac.th*
[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี E-mail: wanwadee@sut.ac.th*
[3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ Email: patcharee_jai@bcnsp.ac.th*
[1] *Boromarajonani College of nursing Nakhornratchasima, Nakhornratchasima, Thailand*
[2] *Suranaree University of Technology, Nakhornratchasima, Thailand*
[3] *Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubon Ratchathani, Thailand*

Abstract

Collecting data in qualitative research has done in fewer numbers of participants while richer data are needed. This leads to a higher risk for invasion of participants' privacy and compromising of ethical ideals than quantitative research. Therefore, the researchers have to carefully conduct research, especially in vulnerable groups such as ones with higher risk or compromised abilities to provide free and uncoerced consent. This article aims to present, in case study as research methods, strategies of qualitative data collection in authors' research settings. Participants were pregnant and postpartum women or adolescent and middle school students. Methods used were interviews, focus groups, and participant observations. This article is for students and novice qualitative researchers.

Keywords: research methods cases, vulnerable group, qualitative data

บทนำ

จากการที่เป้าหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นการค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจว่าบุคคลนั้นได้ตีความ ให้ความหมายหรือความสำคัญแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไร[1] ทำให้ปัจจุบันมีการนำการวิจัยเชิงคุณภาพมาตอบปัญหาการวิจัยทั้งในด้านการศึกษา การบริหาร และการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัย (participants) หลากหลายกลุ่ม เริ่มตั้งแต่นักศึกษาพยาบาล[2] ไปจนถึงอาจารย์พยาบาลหรือจากพยาบาลจบใหม่ไปจนถึงผู้บริหารทางการพยาบาล[3] รวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล[4] และบุคคลสุขภาพดีอื่น ๆ ที่พร้อมจะเล่าถึงประสบการณ์ในประเด็นที่นักวิจัยสนใจ หากนักวิจัยไม่ได้ตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยอยู่ตลอดเวลา การหย่อนทางจริยธรรม (the compromising of ethical ideals) สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดหัวข้อวิจัย การออกแบบการวิจัย การเก็บข้อมูล การจดบันทึกและการถอดเทป การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย[5]

ลักษณะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนน้อย ขณะที่นักวิจัยต้องการรวบรวมข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง ทำให้มีโอกาสเกิดการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และเกิดการหย่อนทางจริยธรรมได้มากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ[6] นักวิจัยจึงต้องออกแบบและดำเนินการวิจัยด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง (vulnerable groups) ได้แก่ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าบุคคลทั่วไป เช่น หญิงตั้งครรภ์และเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้พิการหรือเสมือนไร้ความสามารถในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วยทางจิตเวช และผู้ที่อาจไม่มีอิสระในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ เช่น นักโทษ[7] ผลการวิเคราะห์โครงการวิจัยที่เสนอขอรับรองจริยธรรมในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 186 โครงการ[8] พบว่าเป็นการทำวิจัยในกลุ่มเปราะบางร้อยละ 16.10 กลุ่มที่พบมากที่สุดเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ คือ เด็กและผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 5.90) รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 4.8) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (ร้อยละ 2.70)

สิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาด้านจริยธรรมนั้นคือการเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนเพียงพอ การละเมิดสิทธิส่วนตัว และการหลอกลวง (Deception) ซึ่งการล่อลวงนี้เสี่ยงต่อการหย่อนทางจริยธรรมได้มากเพราะนักวิจัยมักจะอธิบายเหตุผลที่ดีในการเข้าร่วมการวิจัย[6] การหย่อนทางจริยธรรมอาจเกิดจากลักษณะของการออกแบบการวิจัยหรือวิธีการเก็บข้อมูล เช่น การวิจัยแบบกรณีศึกษาที่มีเป้าหมายในการศึกษาทุกแง่

มุมของบุคคลหรือองค์กรอย่างลึกซึ้ง ทำให้เกิดการละเมิดความเป็นส่วนตัวได้ง่าย ในขณะที่การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมแม้ว่านักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (rapport building) ต่อกันแล้ว ก็อาจมีเกิดการหย่อนทางจริยธรรมได้เช่นกันหากทั้งสองฝ่ายมีอำนาจไม่เท่ากัน (imbalance of power) เช่น กรณีที่ผู้สังเกตเป็นอาจารย์พยาบาลและผู้ถูกสังเกตเป็นนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล เป็นต้น

บทความนี้มีจุดประสงค์ในการนำเสนอกลยุทธ์การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ศึกษาของผู้แต่ง ในงานวิจัยที่มีผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเปราะบาง นำเสนอในรูปแบบกรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัย (case study as research methods) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บทความนี้เหมาะสำหรับนักศึกษา นักวิจัยมือใหม่ หรือนักวิจัยอาวุโสที่ทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นครั้งแรก ทั้งนี้ผู้แต่งได้สรุปรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและอธิบายลักษณะและสาระสำคัญของการเก็บข้อมูลแต่ละวิธีไว้เนื้อหาส่วนต้นของบทความเพื่อส่งเสริมการทำความเข้าใจในกรณีศึกษา

ประเภทของการวิจัยเชิงคุณภาพ

นักวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อว่าความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่หรือเข้าไปมีส่วนร่วม และได้สร้างความหมายให้แก่กิจกรรม ประสบการณ์และปราฏการณ์เหล่านั้น การวิจัยเชิงคุณภาพจึงมุ่งเน้นที่จะค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจว่าบุคคลตีความประสบการณ์ของตนอย่างไรหรือสร้าง (construct) โลกของตัวเองอย่างไร[1] การวิจัยเชิงคุณภาพ มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีจุดเน้น คือ กระบวนการ การเข้าใจและความหมาย 2) นักวิจัยคือเครื่องมือเบื้องต้นในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 3) กระบวนการเป็นการอุปนัย (inductive) และ 4) ผลลัพธ์ที่ได้ คือการพรรณนาอย่างละเอียดและลึกซึ้ง (rich description)

Creswell[9] ได้ใช้ประสบการณ์การทำวิจัย การทบทวนวารสารวิชาการที่ผู้แต่งระบุวิธีการวิจัย และการพิจารณากระบวนการสอบถามข้อมูลที่เป็นระบบ แบ่งการวิจัยเชิงคุณภาพเป็น 5 รูปแบบ คือ การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ทฤษฎีรากฐาน (grounded theory) ชีวประวัติ (biography) และกรณีศึกษา (case study) ต่อมา Streubert และ Carpenter[10] ได้นำเสนอการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล 5 รูปแบบเช่นเดียวกัน โดยรูปแบบที่ 1-3 เรียกชื่อเหมือนกับการแบ่งของ Creswell และอีก 2 วิธีที่แตกต่างกัน คือ การวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (historical research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เมื่อไม่นานมานี้ Merriam and Tisdell[1] ได้แบ่งเป็น 6 ประเภท ซึ่งมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพพื้นฐาน (basic qualitative research) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นลักษณะร่วมของรูปแบบการวิจัยทุกวิธีที่จะกล่าวต่อไป มีแนวคิดพื้นฐานคือการสร้างทฤษฎีด้วยตนเอง (constructivism) เป้าหมายของการวิจัย คือ การทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่มีต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจงตามเป้าหมายของการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการอุปนัยและการเปรียบเทียบ (inductive and comparative analysis) ผลการศึกษาเป็นการพรรณนาอย่างละเอียด และนำเสนอในรูปแบบของแก่นเรื่อง (themes) และการจัดหมู่ (categories)

2. การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ปรากฏการณ์วิทยาเป็นทั้งปรัชญาและระเบียบวิธี เป็นการศึกษาประสบการณ์และการเชื่อมโยงประสบการณ์เข้าสู่จิตสำนึก เน้นศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived experiences) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นหลัก แต่ก่อนการเก็บข้อมูลนักวิจัยต้องศึกษาประสบการณ์ของตนเองในเรื่องนั้นก่อนเพื่อให้ตระหนักถึงอคติ (prejudices) ที่มีอยู่ เหมาะสำหรับศึกษาประสบการณ์ด้านอารมณ์ที่เข้มข้น หรือรุนแรง เช่น รัก โกรธ หรือเศร้า เป็นต้น ผลการวิจัยจะเป็นการพรรณนาส่วนประกอบ (a composite description) ที่แสดงสาระสำคัญ (essence) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เช่น การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างการฝึกปฏิบัติวิชาชีพในโรงพยาบาล พบว่าสาระสำคัญประกอบด้วย 4 ประการ คือ สิ่งดีที่พบ ผลลบที่เกิด การจัดการปัญหาที่เผชิญ และการพัฒนาตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น[2]

3. การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณานี้เป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการศึกษา มีเป้าหมายในการศึกษาวัฒนธรรมและสังคมมนุษย์ เช่น ความเชื่อ คุณค่า และทัศนคติ ที่เป็นโครงสร้างของแบบแผนพฤติกรรมเฉพาะของกลุ่มบุคคล วิธีเก็บข้อมูลที่สำคัญคือการใช้เวลาร่วมกันระหว่างนักวิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยหลักกับผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มสังคมที่ศึกษาและใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เอกสาร การบันทึกภาคสนามประจำวันเกี่ยวกับกิจกรรม ความรู้สึก แนวคิด ความประทับใจ และความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น หัวใจหลักของการวิจัยนี้ คือ การพรรณนาแบบละเอียดและลุ่มลึก (thick description) ที่นักวิจัยบรรยายการปฏิบัติตามความเชื่อทางวัฒนธรรมของสังคมที่ศึกษา พร้อมทั้งแสดงความเข้าใจของตนเองต่อความหมายทางวัฒนธรรมของปรากฏการณ์นั้นด้วย

4. การวิจัยแบบทฤษฎีรากฐาน (grounded theory) มีเป้าหมายเพื่อการสร้างทฤษฎีที่เหมาะสมในการอธิบายปรากฏการณ์เฉพาะ ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกคัดเลือกจำเพาะเจาะจงตามทฤษฎี (theoretical sampling) เครื่องมือวิจัยหลักคือนักวิจัย และเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสารต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลทีละส่วน (constant comparative method) ข้อมูลที่เหมือนกันจะถูกจัดเป็นกลุ่ม (categories) เพื่อจำแนกรูปแบบของข้อมูลเพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีสารบัญญัติ (substantive theory) ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน เหมาะสำหรับงานวิจัยที่มีคำถามเกี่ยวกับกระบวนการ เช่น การวิจัย เรื่อง นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลในคลินิกอย่างไร: การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีรากฐาน ที่พบว่าการพัฒนาทักษะมี 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาทักษะพื้นฐานเพื่อต่อยอดการฝึกปฏิบัติและระยะทุ่มเทเรียนรู้วิธีการดูแล[11]

5. การหาความรู้จากเรื่องเล่า (narrative inquiry) ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการวิจัยประเภทนี้ คือ เรื่องเล่า (story) โดยเป็นการเล่าจากมุมมองของบุรุษที่ 1 (first person account) ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้นหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั่นเอง เรื่องเล่าอาจอยู่ในรูปแบบของอัตชีวประวัติ (biography) ประวัติศาสตร์ชีวิต (life history) หรือ บันทึกประจำวัน (journal) แต่การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ข้อความ ซึ่งใช้แนวคิดเชิงปรัชญาอรรถปริวรรตศาสตร์ (hermeneutics) เป็นแนวทาง นักวิจัยอาจใช้วิธีการวิเคราะห์ร่วมกันหลายวิธี เช่น การวิเคราะห์ที่ให้ความสำคัญกับอิทธิพลของเพศและเชื้อชาติ (biographical approach) เน้นเรื่องส่วนตัว เช่น ความคิด และอารมณ์ (psychological approach) เป็นต้น

6. การศึกษากรณีศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative case study) เป็นการเลือกศึกษาหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) โดยกรณีศึกษาเป็นทั้งหน่วยของการวิเคราะห์และเป็นผลลัพธ์ของการศึกษา เหมาะสำหรับการศึกษาในกรณีที่ไม่สามารถแยกตัวแปรในปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกจากบริบทได้ กรณีศึกษาอาจเป็นบุคคล เช่น หญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มคน หรือองค์กร เช่น โรงเรียน พ่อแม่ ก็ได้ แต่ต้องเป็นหน่วยเดียวที่นักวิจัยเลือกเป็นตัวแทนของปรากฏการณ์นั้น การเก็บข้อมูลใช้หลากหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกด้วยโสตทัศนูปกรณ์ ผลการวิจัยจะอยู่ในรูปลายระเอียดของกรณีศึกษา (case description) และแก่นเรื่องที่ได้จากกรณีศึกษา (case-based themes)

ปัจจุบันกระบวนทัศน์เชิงคุณภาพได้ถูกนำไปใช้ในการวิจัยรูปแบบอื่น ๆ เพื่อตอบคำถามของการวิจัยที่หลากหลาย เช่น การวิจัยแบบผสานวิธี (mixed methods) วิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงวิพากษ์ (critical research) และการวิจัยที่ใช้ศิลปะเป็นฐาน (Art-based research) เป็นต้น

วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่เก็บมาจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปมีลักษณะที่ไม่ใช่ตัวเลขที่บอกค่า แต่เป็นข้อความที่คัดจากคำบอกเล่าโดยตรงของผู้เข้าร่วมวิจัย หรือคัดข้อความจากเอกสารประเภทต่าง ๆ หากเป็นการวิจัยที่ใช้ศิลปะเป็นฐานข้อมูลอาจอยู่ในรูปของ ร้อยกรอง ภาพถ่าย หรือภาพวาด การรวบรวมข้อมูลเหล่านี้นักวิจัยต้องมีการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสม สามารถเก็บข้อมูลได้ตามจุดประสงค์ของการวิจัย ในบทความนี้นำเสนอเทคนิคการเก็บข้อมูลที่ผู้แต่งมีประสบการณ์และเป็นวิธีเก็บข้อมูลที่ใช้บ่อยในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 3 วิธี คือ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม[1,10]

การสัมภาษณ์ (Interview)

การสัมภาษณ์ที่เหมาะสมในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) ที่ไม่มีการกำหนดคำตอบล่วงหน้า[1] นักวิจัยซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์นั้นคือเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บข้อมูล ก่อนการเก็บข้อมูลนักวิจัยจึงต้องสำรวจอิทธิพลของตนเองต่อการค้นหาความรู้ในเรื่องนั้น (self-reflection) และทำอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการดำเนินการวิจัย และขณะสัมภาษณ์ให้ตระหนักถึงความแตกต่างด้านบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ และพยายามลดอิทธิพลของความแตกต่างทางวัฒนธรรมให้ได้มากที่สุด[10] ด้วยการจดบันทึกการวิจัย (research journal) และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

อุปสรรคหนึ่งของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือผู้ให้สัมภาษณ์อาจเล่าเฉพาะข้อมูลหรือเรื่องราวที่คิดว่ามีความเหมาะสมทางสังคม โดยปิดบังความจริงอื่น ๆ ที่คิดว่าไม่สมควรที่จะเล่า ทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน[10] แต่สามารถที่จะลดปัญหานี้ได้ด้วยการสร้างสัมพันธภาพแบบไว้วางใจ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และการมีข้อมูลที่อิ่มตัว การกำหนดสถานที่และเวลาที่ควรกำหนดตามสะดวกสำหรับทั้งสองฝ่าย มีความเป็นส่วนตัวและมีบรรยากาศผ่อนคลายสำหรับผู้ถูกสัมภาษณ์ ขณะถามให้คำนึงถึงประเด็นที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย[10] เช่น หากเป็นการสัมภาษณ์เด็ก นักวิจัยควรคำนึงถึงอายุความสามารถ (developmental age) โครงสร้างของการสัมภาษณ์ จำนวนผู้สัมภาษณ์ และการออกแบบการวิจัย และต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และหากเป็นการสัมภาษณ์แบบข้ามวัฒนธรรม ต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างรอบคอบ และคำนึงถึงความแตกต่างด้านภาษา เพราะจะมีผลต่อการตีความข้อมูล

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะเมื่อต้องใช้การสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล นักวิจัยควรกำหนดล่วงหน้าว่าจะเข้าถึงผู้ที่คาดว่าจะเป็นผู้ร่วมการวิจัย (prospective study participants) ด้วยการวิเคราะห์ว่าใครบ้างที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน (stakeholders) ใครเป็นผู้มีอำนาจเหนือผู้ให้ข้อมูล (gatekeepers) ก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปราะบาง พยาบาลควรพัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อที่จะตัดสินใจได้ว่าเมื่อไหร่ที่จะคงสถานภาพการเป็นนักวิจัย หรือเมื่อไหร่ต้องปรับบทบาทในการเป็นผู้ให้การบำบัดรักษา[10] เพราะประสบการณ์ทางด้านสุขภาพบางเรื่องนั้นอาจเล่าแล้วกระตุ้นอารมณ์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ เช่น ทำให้รู้สึกว่าถูกละเมิดสิทธิ์และอับอาย หรือเผลอเล่าเรื่องที่ไม่ได้ตั้งใจที่จะเปิดเผย นอกจากนี้การสัมภาษณ์เชิงลึกอาจมีผลกระทบระยะยาวที่คาดไม่ถึง เช่น หากเป็นการสัมภาษณ์สามี-ภรรยาที่สูญเสียบุตรในวัยเด็ก คำถามของนักวิจัยอาจไปเปิดเผยความรู้สึกที่ทั้งสองฝ่ายพยายามที่จะลืมโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพของคู่สามี-ภรรยา เป็นระยะเวลานาน

การสนทนากลุ่ม (Focus group)

การสนทนากลุ่ม คือการสัมภาษณ์กลุ่มที่มุ่งใช้ประโยชน์จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม[1] เหมาะสำหรับใช้เก็บข้อมูลที่เป็นเรื่องอ่อนไหว เอื้อให้นักวิจัยได้เรียนรู้ทั้งประเด็นที่ศึกษาและลักษณะของกลุ่ม มีข้อดี คือมีความยืดหยุ่นสูง ราคาไม่แพง มีการกระตุ้นการสร้าง สะสมและขยายข้อมูล ทำให้ได้ผลลัพธ์เป็นข้อมูลที่มีความละเอียดสูง ข้อด้อยที่นักวิจัยต้องเฝ้าระวังคือ การคิดแบบติดกลุ่ม (groupthink) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกบางคนหรือบางส่วนพูดเก่งจนมีอิทธิพลควบคุมกลุ่ม ทำให้สมาชิกที่เหลือไม่ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน[10] ในการวิจัยทางการพยาบาลได้มีการใช้การสนทนากลุ่มทั้งในการวิจัยในคลินิก การวิจัยด้านการศึกษาและการบริหารการศึกษามุมมองของผู้เข้าร่วมวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ การดำเนินการสนทนากลุ่มสามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ คือ การแนะนำกลุ่ม การดำเนินการกลุ่ม และการปิดกลุ่ม สมาชิกที่ได้รับเชิญเข้ากลุ่มควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ร่วมกันในประเด็นที่จะอภิปรายกันในกลุ่ม กลุ่มควรมีสมาชิก 6-10 คน กลุ่มที่ใหญ่เกินไปอาจทำให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นมีน้อยลง ส่วนกลุ่มที่เล็กเกินไปอาจเกิดบรรยากาศกดดันให้สมาชิกต้องพูดแม้จะไม่อยากจะพูด[10]

เกณฑ์การพิจารณาความเที่ยง (reliability) ของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ความคงที่ (stability) ความเท่าเทียม (equivalence) และความตรงภายใน (internal consistency) ความคงที่ หมายถึง ความคงเส้นคงวาของประเด็นในการสนทนาเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะ

เมื่อการเปลี่ยนกลุ่มหลายครั้ง ความเท่าเทียม หมายถึง ความคงเส้นคงวาของผู้ดำเนินการกลุ่ม (moderator) หรือผู้สร้างรหัส (coder) ในการเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้ผู้ดำเนินการกลุ่มคนเดียวกัน และควรมีนักวิจัยหลักเพียงคนเดียวที่ทำหน้าที่ในการสร้างรหัส[10] ส่วนการทำให้เกิดความตรงภายในทำได้โดยการให้สมาชิกทีมวิจัยกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่หลักในการวิเคราะห์ข้อมูล มีส่วนร่วมในการร่วมกลุ่มและสอบถามให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และมีการสื่อสารกับสมาชิกทีมอย่างสม่ำเสมอตลอดการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการพิจารณาความตรง (validity) ทำได้โดยการให้ความสนใจส่วนประกอบของกลุ่มแต่ละกลุ่ม และเมื่อสัมภาษณ์ข้ามกลุ่มควรทำด้วยประสบการณ์เดียวกัน

การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participants Observation)

เทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น เป็นการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured observation) ในสภาพธรรมชาติที่แท้จริง เพื่อที่จะเข้าใจการกระทำและการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเป้าหมายโดยที่ไม่ต้องมีกำหนดล่วงหน้าว่าจะเจอหรือไม่เจออะไร การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมแบ่งตามระดับของการสังเกตและการมีส่วนร่วมเป็น 4 ระดับ[10] คือ การสังเกตอย่างเดียวไม่มีส่วนร่วมเลย (complete observer) การสังเกตเป็นหลักมีส่วนร่วมเล็กน้อย (observer as participant) การสังเกตเล็กน้อยมีส่วนร่วมเป็นหลัก (participant as observer) และการมีส่วนร่วมอย่างเดียวไม่มีการสังเกตเลย (complete participant) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเล็กน้อย นักวิจัยจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างกับผู้ร่วมวิจัยเพียงเพื่อให้ตนเองเข้ากันได้ (fit into) กับพื้นที่ศึกษาเท่านั้น ส่วนการสังเกตเล็กน้อยมีส่วนร่วมเป็นหลักจะทำในกรณีที่นักวิจัยสนใจศึกษากลุ่มเป้าหมายด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อให้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สิ่งที่ต้องระมัดระวัง คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมมากเกินไปจนกลายเป็นคนท้องถิ่น (going native) ซึ่งทำให้นักวิจัยสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและลืมเหตุผลที่แท้จริงในการเข้าไปศึกษากลุ่มเป้าหมาย

การมีส่วนร่วมอย่างเดียวโดยที่ไม่มีการสังเกตเลยนั้น นักวิจัยจะเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มโดยปิดบังจุดประสงค์ที่แท้จริงไว้ ซึ่งเป็นวิธีที่ยังไม่ได้รับการยอมรับเนื่องจากการปิดบังจุดประสงค์ในการวิจัย ไม่มีการอธิบายข้อมูลที่สำคัญและความเสี่ยงต่าง ๆ ของโครงการวิจัยก่อนการได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นการผิดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประเด็นจริยธรรมอื่น ๆ ที่นักวิจัยต้องคำนึงถึง คือ การที่ผู้ถูกสังเกตมีความคุ้นชินกับนักวิจัยจนไม่ได้ระมัดระวังตัวเท่าที่ควร ทำให้ทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกอับอายในภายหลัง หรือเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือสังเกตเหตุการณ์ที่เป็นสถานการณ์ขัดแย้ง (dilemmas) ซึ่งนักวิจัยต้องตัดสินใจทางจริยธรรม ว่าจะสังเกตต่อไปโดยไม่รบกวนหรือจะเข้าไปช่วยเหลือ เช่น การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มเปราะบาง

การมีกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นกลไกหนึ่งในการปกป้องอาสาสมัครวิจัย ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดเป็นกฎหมายตราไว้ใน Code of Federal Regulation (CFR) Title 45 (public welfare, Part 46 (protection of human subjects) เรียกอย่างย่อว่า 45CFR46 โดยมีส่วนเพิ่มเติม (subpart) ในการปกป้องอาสาสมัครที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม B ได้แก่ หญิงมีครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด กลุ่ม C ได้แก่ นักโทษหรือผู้ต้องขัง และ กลุ่ม D คือ เด็ก[12]

กรณีศึกษาด้านวิธีดำเนินการวิจัยต่อไปนี้ เป็นการนำเสนอวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบอรรถปริวรรต การวิจัยแบบทฤษฎีรากฐาน และการวิจัยแบบผสานวิธี ตามลำดับ โดยโครงการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาเอกของผู้แต่งทั้ง 3 ท่าน[13-15] ผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลยุทธ์การเก็บข้อมูล คือ การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่ม

กรณีศึกษาที่ 1

การใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบอรรถปริวรรตศาสตร์ เรื่องประสบการณ์ของหญิงชาวไทยในภาคตะวันออก

เฉียงเหนือในการปฏิบัติตัวหลังคลอดตามธรรมเนียมดั้งเดิม (Northeast Thai women's experiences in following traditional postpartum practices) โดยผู้แต่งคนที่ 1 นี้ มีจุดประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยอีสานที่คลอดครั้งแรก และปฏิบัติตัวหลังคลอดตามวัฒนธรรมดั้งเดิม พื้นที่การวิจัยเป็นอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 วัยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาในระยะหลังคลอดและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ มีหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการจำนวน 16 คน

การเข้าสู่พื้นที่วิจัย (Entrée) นักวิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลประจำอำเภอตั้งแต่การทำโครงการนำร่อง หลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก ประเทศสหรัฐอเมริกา (H2269-29314-04) คณะกรรมการฯ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (001/2552) แล้วจึงได้เสนอหนังสือเพื่อขออนุญาตและให้การสนับสนุนการวิจัย (letter of support) จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ หลังจากนั้นได้ติดต่อหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย ติดเอกสารในป้ายประชาสัมพันธ์ และอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การสร้างความน่าไว้วางใจของข้อมูล (trustworthiness) ทำโดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างนักวิจัย หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยในวันแรกพยาบาลผู้รับผิดชอบแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานีอนามัย ได้แนะนำผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์ว่าเป็นนักเรียน (Learner) ที่มาขอเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวหลังคลอดตามแบบโบราณ นักวิจัยแนะนำตัวเองเพิ่มเติมว่ามีภูมิหลังคล้ายกับหญิงตั้งครรภ์ คือเป็นชาวอุบลราชธานีและพูดภาษาถิ่นเดียวกัน คำเรียกแทนตัวใช้คำแทนเหมือนการเรียกสมาชิกในครอบครัว เช่น พี่ หรือ น้อง สัมพันธภาพนี้ใกล้ชิดและยาวนาน (prolonged engagement) ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 18 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเช่าบ้านอยู่ในพื้นที่วิจัยเป็นระยะเวลา 12 เดือน (ตุลาคม พ.ศ. 2551-กันยายน พ.ศ. 2552) เดินทางในชุมชนด้วยรถมอเตอร์ไซค์ซึ่งเป็นพาหนะหลักของประชาชนในพื้นที่ และสวมเสื้อยืดสีเหลืองตามการรณรงค์ของรัฐบาล ซึ่งช่วยลดความแตกต่างระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้พัฒนาแนวการสัมภาษณ์และแนวการสังเกตร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และทดลองใช้ในโครงการนำร่องในช่วงปิดภาคฤดูร้อนของ ปี พ.ศ. 2549 ผู้วิจัยแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 ครั้ง เพื่อไม่ให้การสัมภาษณ์แต่ละครั้งยาวนานและรบกวนผู้ให้สัมภาษณ์มากเกินไป คือ ก่อนการคลอด (ศึกษาความรู้เดิมและประสบการณ์ทางอ้อม) และหลังการคลอด (ศึกษาประสบการณ์ตรง) รวมระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 2 ชั่วโมง การนัดวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นการตกลงร่วมกันทั้งสองฝ่ายตามหลักของความสะดวกและเป็นส่วนตัว การสังเกตใช้แบบการสังเกตเล็กน้อยมีส่วนร่วมเป็นหลัก (participant as observer)[10] โดยเลือกสังเกตในช่วง 1 สัปดาห์หลังคลอดซึ่งเป็นระยะที่หญิงหลังคลอดอยู่ไฟ และมีพิธีต่าง ๆ เช่น พิธีเข้าไฟและปราบไฟ (วันแรก) การทำพิธีเข้ากระด้งหรือออกกระด้งสำหรับทารกและในวันที่ออกไฟ (วันสุดท้าย) โดยนักวิจัยขออนุญาตผู้ดูแลพิธีในการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การต้มน้ำ การดูแลฟืน ล้างสมุนไพร การดูแลทารกแรกเกิด เป็นต้น การสังเกตแต่ละครั้งใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ในบางกรณีที่เป็นไปได้ผู้วิจัยจะไปเยี่ยมหลังคลอดที่โรงพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที เพื่อแสดงความยินดี สร้างสัมพันธภาพเพิ่มเติมกับญาติที่มานัดหมายวัน-เวลา ในการไปสังเกตพิธีอยู่ไฟ และเขียนแผนที่

สถานการณ์ขัดแย้งนักวิจัยต้องตัดสินใจทางจริยธรรมที่สำคัญ ได้แก่ กรณีมารดาหลังคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศมีความต้องการที่จะอยู่ไฟที่บ้านให้ครบ 7 วัน มารดาแจ้งว่าคลำที่แผลฝีเย็บแล้วรู้สึกว่าแผลแยก ในวันแรก ๆ ไม่อนุญาตให้ผู้วิจัยประเมินแผล จนกระทั่งวันที่ 6 หลังคลอดจึงอนุญาต หลังการประเมินพบว่าแผลแยกเล็กน้อย จึงให้การช่วยเหลือโดยการโทรประสานกับพยาบาลแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำอำเภอ แต่มารดาไม่ได้ไปโรงพยาบาลทันทีในวันนั้น เพราะต้องการอยู่ไฟให้ครบ 7 วันก่อน เมื่อออกจากการอยู่ไฟในวันรุ่งขึ้นจึงจะไปโรงพยาบาลตามคำแนะนำ ผู้วิจัยประเมินอาการทั่วไปพบว่ามารดาไม่มีไข้ จึงไม่ได้โต้แย้ง ให้มารดาปฏิบัติ

ตามที่ต้องการ และได้ให้เบอร์โทรสำหรับติดต่อไว้กรณีฉุกเฉิน กรณีอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การที่ครอบครัวของมารดาหลังคลอดฝากซื้อของที่ปกติพยาบาลจะไม่แนะนำให้มารดาหลังคลอดใช้ เช่น กระเป๋าน้ำร้อน ยาสมุนไพรที่ผสมแอลกอฮอล์ เป็นต้น กรณีกระเป๋าน้ำร้อนนักวิจัยจะรับฝากซื้อ แต่เมื่อไปถึงบ้านจะแนะนำวิธีการใช้ การดูแลอุณหภูมิน้ำ สรีรวิทยาของมดลูกและน้ำคาวปลาหลังคลอด และความเชื่อเกี่ยวกับการกำจัดเลือดเสียหลังคลอด ซึ่งมีความขัดแย้งกันระหว่างความเชื่อดั้งเดิมของชาวบ้านและความเชื่อด้านการแพทย์ และเน้นย้ำให้ใช้กระเป๋าน้ำร้อนอย่างระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

ในการวิจัยครั้งนี้การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มด้วยการออกแบบโครงการวิจัยอย่างรอบคอบและระมัดระวัง นักวิจัยได้รับการฝึกฝนให้เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่ปราศจากอคติ โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหัวหน้าองค์กรรวม 4 สถาบัน มีการทำโครงการนำร่องเพื่อให้มั่นใจว่าการวิจัยจริงจะราบรื่น ไม่เป็นอันตรายหรือใช้เวลามากเกินไป การติดต่อกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกทำร่วมกับพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์เพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลานานเพียงพอที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการตอบคำถามตามความคาดหวังของสังคมแต่ไม่เป็นจริง ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการประเมินว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ และได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยและได้รับแจกเอกสารชี้แจง ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเข้าใจดีว่าสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่ได้รับ นักวิจัยได้ปฏิบัติตามกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างเคร่งครัดและเก็บข้อมูลจนอิ่มตัว

กรณีศึกษาที่ 2

การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตัดสินใจดำเนินการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด

การศึกษาเรื่อง การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจของวัยรุ่นไทย: การศึกษาโดยใช้ทฤษฎีรากฐาน (unintended Thai adolescent pregnancy: a grounded theory study) โดยผู้แต่งคนที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหากระบวนการทางสังคมที่วัยรุ่นหญิงไทยใช้ขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ให้ข้อมูล คือ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกที่ไม่ได้ตั้งใจ อายุระหว่าง 14-19 ปี อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเขตภาคเหนือ กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มเปราะบางเพราะยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และยังต้องพึ่งพาผู้ปกครอง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก (H12251-27300-04) ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พิจารณาถึงความปลอดภัยของกลุ่มเปราะบางนี้ตามข้อกำหนดก่อนการรับรองจริยธรรมการวิจัย และสถาบันที่ได้รับการยอมรับจากนานาชาติในประเทศไทย คือ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (No. 133/2006) ได้พิจารณาประเด็นจริยธรรมในบริบทของไทย การวิจัยครั้งนี้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงทางทฤษฎี[16, 17] กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลประมาณ 20-30 ราย

การเข้าสู่พื้นที่วิจัย หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้ง 2 สถาบัน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสถานที่ที่จะไปเก็บข้อมูลแบบเป็นทางการคือส่งหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล และไม่เป็นทางการโดยเข้าพบหัวหน้าตึกแผนกฝากครรภ์และหลังคลอดเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการทำงานเบื้องต้น มีการกำหนดสัญลักษณ์เป็นกระดาษสีทำมุมที่รายงานผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมงานวิจัย การให้ที่อยู่เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อที่มองเห็นได้อย่างชัดเจนบริเวณที่ทำงานพยาบาล เมื่อผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสอบผู้เข้าเกณฑ์การศึกษาก็จะทำการติดต่อทั้งแบบรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์หรือทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เช่น จะได้รับการสัมภาษณ์สามครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที อาจมีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและการช่วยเหลือ ประโยชน์หรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้น การให้ค่าตอบแทน เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลที่อายุ 19 ปี สามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) ได้ด้วยตนเอง หากอายุต่ำกว่านี้จะต้องมีผู้ปกครองเซ็นยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษาร่วมด้วย ภายหลังได้รับการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดแนะการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่และเวลาที่สะดวกด้วยตนเอง บางคนที่สะดวกให้ไปสัมภาษณ์ที่บ้าน ต้องขอให้วาดแผนที่และเบอร์

โทรศัพท์ที่สะดวกที่สุด หรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ในการสัมภาษณ์จะต้องเตรียมอุปกรณ์ เช่น เทปบันทึกเสียงที่ชาร์จแบตเตอรี่ไว้เต็มพอสำหรับระยะเวลาสัมภาษณ์ เครื่องเขียน แบตเตอรี่สำรอง อุปกรณ์แป้นเหยียบควบคุมการฟังเสียงจากการสัมภาษณ์ (foot pedal) ที่ช่วยในการถอดเทปได้สะดวกรวดเร็วประหยัดเวลา

การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อคำถามเป็นปลายเปิด ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์และนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับที่กำหนดไว้ จำนวน 4 ราย ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 60-90 นาที จากการศึกษานำร่องทำให้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามและรายละเอียดเพื่อสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น ภายหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะเขียนบันทึกหลังสัมภาษณ์ (field note) จากสิ่งที่สังเกตเห็นในขณะสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถเพิ่มข้อคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปสำหรับรายอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลประสบการณ์ที่รอบด้านอย่างแท้จริง การเก็บข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะดำเนินการสามครั้งตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะหลังคลอด 8-12 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ 36 สัปดาห์ และภายหลังคลอด 8-12 สัปดาห์ ตามลำดับ ทำให้ผู้วิจัยอยู่กับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน (prolong engagement) จะช่วยให้ทำความเข้าใจต่อประสบการณ์ของวัยรุ่นหญิงได้อย่างชัดเจนถ่องแท้ ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมโดยการไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลคลอดบุตรและพักฟื้นในตึกหลังคลอด ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และความเชื่อใจ (trustworthiness) การเยี่ยมเยียนนี้เป็นการแสดงความเอาใจใส่เอื้ออาทร ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นคนกันเอง และรู้สึกสนิทใจ ไว้วางใจกับผู้วิจัย ส่งผลทำให้เมื่อทำการสัมภาษณ์ในครั้งที่สาม คำตอบที่ได้เป็นข้อมูลที่ถูกเล่าออกมาแบบพรั่งพรู ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมอย่างแท้จริง (richness of data) และได้มอบเป็นเงินสดใส่ซองให้ทุกครั้งภายหลังสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อย โดยคิดอัตราเป็นชั่วโมงตามค่าแรงงานขั้นต่ำในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา และในวันที่ไปเยี่ยมหลังคลอดได้จัดเตรียมของเยี่ยมสำหรับมารดาและทารกให้คนละหนึ่งชุดและเมื่อการสัมภาษณ์ครบทั้งสามครั้งได้ให้การ์ดขอบคุณที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การเดินทางเพื่อไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งที่ 1 เนื่องจากบ้านของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในเขตชนบท การคมนาคมไม่สะดวก บางรายไม่มีโทรศัพท์ ผู้วิจัยแก้ไขโดยขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่าบางครั้งในการอัดเทปที่สัมภาษณ์ที่บ้านจะมีเสียงสอดแทรก อาทิเช่น เสียงไก่ขัน นกร้อง ญาติของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาทักทาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องเตรียมผู้ให้ข้อมูลและสมาชิกในบ้านว่าขณะสัมภาษณ์จะขอความเป็นส่วนตัวและให้มีการรบกวนการสัมภาษณ์น้อยที่สุด โดยพยายามจัดสถานที่ที่เหมาะสม คนไม่พลุกพล่าน บันทึกเสียงได้ชัดเจน วิธีแก้ปัญหาคือหากมีเสียงรบกวนมาก การจดบันทึกถ้อยคำสัมภาษณ์ การสังเกตสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และนำมาเขียนบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่สัมภาษณ์เสร็จทันทีจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียดน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เมื่อพบว่าข้อคำถามบางข้ออาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะหาทางช่วยเหลือตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด และได้เตรียมคำถามอื่น ๆ ที่ตามหลักจิตวิทยาวัยรุ่นเผื่อไว้ในกรณีพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ค่อยตอบคำถาม และมีทำท่าทางอึดอัดที่จะตอบคำถาม เช่น เมื่อถามว่า “รู้สึกอย่างไรที่ตั้งท้องนี้” ผู้ให้ข้อมูลจะตอบสั้น ๆ ว่า “ทำไงได้ก็ท้องแล้ว” ไม่ได้บอกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่รู้สึกเจ็บปวดเพราะต้องอับอายสังคมรอบข้างที่อายุน้อยและท้องไม่มีพ่อ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนเป็นการให้เปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับเพลงแทน โดยถามว่า “ถ้าเปรียบเทียบชีวิตตอนนี้กับเพลง ๆ หนึ่ง น้องคิดว่าเป็นเพลงอะไร” คำตอบที่ได้ คือ “ชอบเพลงแทงข้างหลังทะลุถึงหัวใจ” แล้วให้ผู้ตอบบอกเล่าถึงเนื้อเพลงนั้น ซึ่งสะท้อนชีวิตจริงที่ผู้ให้ข้อมูลถูกสามีวัยรุ่นทอดทิ้งเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ เทคนิคนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลได้ เทคนิคอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือ การให้เลือกเล่นเป็นตัวละครที่อยากเป็นซึ่งสะท้อนบุคลิกภาพและความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล หรือปรับเปลี่ยนเป็นสมมติเหตุการณ์ให้เช่น “ถ้าน้องมีโอกาสไปบอกวัยรุ่นที่อายุใกล้กันเกี่ยวกับเรื่องการท้องจะบอกอย่างไร” ทำให้ได้คำตอบที่มีข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และรายละเอียดความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจมากพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการไปเรื่อย ๆ จนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (data saturation) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 11 เดือน ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 20 ราย ผู้วิจัยทำบทสัมภาษณ์ (transcript) อย่างเป็นความลับสำหรับผู้ให้ข้อมูลมากที่สุดโดยการกำหนดรหัสเข้าคอมพิวเตอร์ การกำหนดตัวเลขหรือใช้นามสมมติแทนชื่อสกุลจริง กลยุทธ์ในการสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัยได้ปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของ Lincoln and Guba[18] การตรวจสอบสามเส้าโดยเงื่อนไขของเวลา (time triangulation) โดยเงื่อนไขจากผู้วิจัย (investigator triangulation) การให้ผู้ที่มีความรู้ใกล้เคียงกันตรวจสอบข้อมูล (peer debriefing) และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (member checking) และผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลที่วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (audit trail)

กรณีศึกษาที่ 3

การสนทนากลุ่มในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยแบบผสานวิธี โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ University of Illinoi at Chicago ประเทศสหรัฐอเมริกา (Protocol# 2014-1131) คณะกรรมการฯของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (EC.3/2015) และได้รับหนังสืออนุญาตและยินดีให้การสนับสนุนการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนรัฐบาลระดับมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี นักวิจัยหลักคือ ผู้แต่งคนที่ 3 ทำการวิจัยเพื่อสร้างและตรวจสอบแบบสอบถามเกี่ยวกับภาพนักดื่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตามบริบทวัฒนธรรมของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มโดยแยกตามกลุ่มอายุและกลุ่มเพศ เพื่อค้นหาคำวิเศษณ์ในการอธิบายภาพนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เท่ (cool) สนุก (funny) สังคม (sociable) เป็นต้น พื้นที่ในการศึกษาวิจัยเป็นโรงเรียนรัฐบาลระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง (consent form) และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย (assent form) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองด้วย

การสร้างความน่าไว้วางใจของข้อมูลทำโดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างนักวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยในวันแรกได้ไปแนะนำตัวกับนักเรียนช่วงเช้าภายหลังเคารพธงชาติก่อนเข้าห้องเรียน ว่าผู้วิจัยเป็นนักศึกษา เป็นคนในจังหวัดอุบลราชธานี มีความประสงค์ที่จะมาเรียนรู้มุมมองของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับภาพนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วประชาสัมพันธ์เชิญเข้าร่วมวิจัย ขณะสื่อสารกับนักเรียนหรือกลุ่มตัวอย่างใช้คำแทนตัวว่า “พี่” แต่งกายเรียบร้อย แสดงท่าทางเป็นมิตรและอยากจะเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง และสื่อด้วยภาษาคล้ายพี่น้องคุยกัน (sibling communication) เช่น การกล่าวชื่อเล่นหรือชื่อที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเลย “น้องปันปันว่าอย่างไรคะ” “พี่ต่ายตื่นเต้นและสนใจจัง อยากฟังต่ออีก เล่าให้พี่ฟังเพิ่มอีกหน่อยค่ะ” เป็นต้น รวมทั้งเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างตั้งชื่อนามสมมติตามใจชอบเพื่อใช้เรียกในขณะสนทนากลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพและเก็บข้อมูลรวม 3 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาแบบคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดภาพนักดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ (The Prototype/Willingness Model)[19-21] เป็นภาษาอังกฤษ แล้วแปลแบบคำถามกึ่งโครงสร้างเป็นภาษาไทยด้วยการตรวจสอบความถูกต้อง 2 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความหมายและความถูกต้องจากอาจารย์พยาบาลไทยที่มีประสบการณ์การใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป และ 2) ตรวจความหมายและความเหมาะสมของภาษากับกลุ่มตัวอย่างจากอาจารย์ภาษาไทยที่สอนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นประจำ มีประสบการณ์ 10 ปีขึ้นไป แบบคำถามกึ่งโครงสร้างเป็นการสนทนากลุ่มจากมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 13-15 ปี ว่ามองภาพวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-15 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยคำวิเศษว่าเป็นอย่างไร แล้วขยายความของคำวิเศษนั้น ๆ เช่น “น้องพอเล่าให้พี่ฟังหน่อยค่ะว่าเท่เป็นอย่างไร” “ที่น้องบอกว่า ‘สนุก’ น้องมองว่าภาพวัยรุ่นที่ดื่มสุราแบบสนุกเป็นอย่างไร ช่วยเล่าให้พี่ฟังหน่อยค่ะ” เป็นต้น

การสนทนากลุ่มจะนัดหมายวันเวลาสนทนากลุ่มในชั่วโมงศึกษาด้วยตนเอง (self-study) ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 6-10 คน[22] แบ่งตามอายุ (อายุ 13 ปี 14 ปี และ 15 ปี) และเพศ (เพศหญิง และเพศชาย) รวมทั้งหมด 6 กลุ่ม เพื่อลดความลำเอียงของข้อมูลระหว่างสนทนา[23] ผู้วิจัยจะบันทึกเทปและ clip chart ขณะสนทนาทุกครั้ง ระหว่างสนทนากลุ่มหากมีบุคคลภายนอกเข้ามาในห้องเฉพาะการสนทนากลุ่มนั้นจะเลื่อนการสนทนาไปเป็นครั้งต่อไป เพื่อลดการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่างและลดการสับสนประเด็นระหว่างสนทนา รวมทั้งก่อนสนทนากลุ่มจะมีกติการ่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างและระหว่างในกลุ่มตัวอย่างแล้ว หลังสนทนากลุ่มยังมีกติการักษาความลับร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างในกลุ่มตัวอย่างด้วย ภายหลังการสนทนากลุ่ม 2-4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดหมายและเชิญตัวแทนแต่ละกลุ่มสนทนา 1-2 คน มาอ่านเอกสารบันทึก ณ ห้องเฉพาะในชั่วโมงศึกษาด้วยตนเองเพื่อการตรวจสอบข้อมูลบันทึกจากการสนทนา (member checking)[22]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง นักวิจัยจะมีการออกแบบโครงการวิจัยอย่างพิถีพิถันและรอบคอบ ร่วมทั้งนักวิจัยได้รับการฝึกฝนให้เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่ปราศจากอคติ และนักวิจัยปฏิบัติตามการออกแบบโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหัวหน้าองค์กรรวม 3 สถาบัน มีการใช้ห้องเฉพาะขณะสนทนากลุ่มเพื่อป้องกันการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่าง ในระยะแรกของการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง นักวิจัยจะร่วมกับอาจารย์ของโรงเรียนเพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องด้วยแสดงท่าทางเป็นมิตร สนทนาคล้ายพี่น้องเพื่อลดความกังวลใจ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย เอกสารชี้แจงและคำชี้แจง พร้อมให้เวลาภายใน 1-2 สัปดาห์เพื่อการทบทวน ซักถาม และตัดสินใจก่อนลงนามอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ระหว่างร่วมวิจัยหากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างหรือ/และกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจในการเข้าร่วมสามารถถอดถอนการร่วมวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งต่อโรงเรียน ผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำเสนอบทความ

บทความนี้เป็นการนำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยโดยผู้แต่งได้เลือกรูปแบบการนำเสนอประสบการณ์จริงในพื้นที่วิจัยเพื่อเป็นกรณีศึกษา บทความนี้จึงมีประโยชน์สำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพมือใหม่ ดังนี้

1. ได้แนวทางการทบทวนขั้นตอนการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการละเมิดทางจริยธรรมได้ง่าย

2. ทราบขั้นตอนและศิลปะในการเข้าสู่พื้นที่วิจัยที่ไม่คุ้นเคย การเลือกและคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูล

บทสรุป

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกิดขึ้นทั้งในงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยแบบผสานวิธี ลักษณะเฉพาะของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ต้องการข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งทำให้มีโอกาสที่จะละเมิดสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัยได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มต้นด้วยการออกแบบการวิจัยอย่างละเอียดรอบคอบ สร้างและพัฒนาเครื่องมือรวมทั้งผู้วิจัยให้มีความเที่ยงตรงปราศจากอคติ ทดลองเก็บข้อมูลในโครงการนำร่อง และเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเข้าสู่พื้นที่วิจัยควรทำอย่างเป็นธรรมชาติตามบริบทของพื้นที่ โดยประสานงานกับเครือข่ายวิชาชีพและเครือข่ายสังคม และมีความแม่นยำในการจำแนกผู้ที่มีอิทธิผลต่อผู้ร่วมการวิจัย กลยุทธ์การเก็บข้อมูลในกลุ่มเปราะบางที่นำเสนอในบทความนี้ คือ การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม กระทำบนพื้นฐานของการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ความเท่าเทียม ความปลอดภัยและไม่ก่ออันตราย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล

1. การเข้าสู่พื้นที่วิจัยสามารถทำได้โดยการติดต่อผ่านเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล เช่น พยาบาลหรือนักวิชาการในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐาน หรือเครือข่ายทางสังคม เช่น ครู ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น โดยประสานงานทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. เทคนิคในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ควรแบ่งเป็นการสัมภาษณ์หลายครั้งโดยใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งสั้นลงซึ่งจะช่วยผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป

3. การสัมภาษณ์ความรู้สึกในประเด็นที่อ่อนไหวของวัยรุ่น นักวิจัยควรเตรียมคำถามสำรองให้เหมาะสมตามหลักจิตวิทยาวัยรุ่น เช่น การเปรียบเทียบความรู้สึกนั้น ๆ กับเพลงใดเพลงหนึ่ง หรือการเปรียบเทียบตัวเองหรือบุคคลที่กำลังกล่าวถึงนั้นกับตัวละคร เป็นต้น

4. การทำสนทนากลุ่มในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาก็ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง และควรมีเทคนิคอื่น ๆ ที่จะช่วยให้เด็กนักเรียนเหล่านี้เต็มใจที่จะให้ข้อมูล เช่น การใช้ชื่อสมมุติ การใช้ภาษาแบบพี่น้อง เป็นต้น

References

1. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative research: a guide to design and implementation. 4 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2016.
2. Wangsukpisan A, Subgranon R, Chunlestskul K. Lived experience of nursing students during their professional practices in hospitals. J Nurs Health Care 2014;32(3):163-72.
3. Puttaruksa L, Khumyu A, Dallas JC. Standards of transcultural nursing service relying on expert perspective. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015:66-77.
4. Phoodaangau B, Klankaradi K, Ketjirachot R. Post-delivery hospitalisation experience of mothers with pre-natal bleeding caused by placenta previa: A qualitative study. The Journal of Nursing Council 2015;30(3):79-97.
5. Charnaram S. Practical guidelines for research's ethical analysis in the processes of conducting a qualitative research. ARU Research Journal. 2018;5(1):79-86.
6. Horpibulsuk N. The compromising of ethical ideals in gathering qualitative data. Suratthani Rajabhat Journal 2019;6(1):21-42.
7. Nantamongkolchai S. Ethics in humans: Principle and practice of public research. Bangkok: Prayoonsanthai:2017
8. Lamchang S, Chanprasit C, Thaprom A, Srisuphan W. Analysis of research protocols submitted for ethical review to research ethics committee, faculty of nursing, Chiang Mai University in 2014. Nursing Journal 2015;42(Supplement December):82-93.
9. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
10. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
11. Pongsuwan C, Boddy J, Woods M, Balthip K. How Thai undergraduate nursing students learned to develop their knowledge and skills in clinical practices: A grounded theory research study. Princess of Naradhivas University Journal 2018;10(2):64-76.

12. Code of Federal Regulations. Title 45 Public Welfare, Department of Health and Human Services, Part 46, Protection of Human Subjects [Internet]. 2009 [cited 2009 Jul 14]. Available from https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/ohrp/policy/ohrpregulations.pdf
13. Thasanoh P. Northeast Thai women's experiences in following traditional postpartum practices [doctoral's thesis]. [San Francisco]: University of California, San Francisco; 2010.
14. Neamsakul W. Unintended Thai adolescent pregnancy: A grounded theory study [doctoral's thesis]. [San Francisco]: University of California, San Francisco; 2008.
15. Jaigarun P. Development and testing of a culturally-adapted measure of the drinker prototype for Thai adolescents. [doctoral's thesis]. [Illinois]: University of Illinois at Chicago, Illinois; 2016.
16. Strauss A. Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge university press; 1987.
17. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage publications; 1990.
18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
19. Gerrard M, Gibbons FX, Houlihan AE, Stock ML, Pomery EA. A dual-process approach to health risk decision making: the prototype willingness model. Developmental Review 2008;28(1):29-61.
20. Gerrard M, Gibbons FX, Brody GH, Murry VM, Cleveland MJ, Wills TA. A theory-based dual-focus alcohol intervention for preadolescents: The Strong African American Families Program. Psychol Addict Behav 2006;20:185-95.
21. Gerrard M, Gibbons FX, Reis-Bergan M, Trudeau L, Vande Lune LS, Buunk B. Inhibitory effects of drinker and nondrinker prototypes on adolescent alcohol consumption. Health Psychology 2002;21(6):601-9.
22. Morgan DL. Focus groups. Annual Review of Sociology 1996;22:129-52.
23. Brown BB. Peer groups and peer culture. In: Feldman SS, Elliott GR, editor. At the threshold: The developing adolescent. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990. P.171-196.

บทความวิชาการ

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา

Stress and Coping in Older Adult with Diabetes: Case Study

ดวงฤทัย ไพรบึง พย.ม. (Duangruethai Phraibueng, M.N.S.)[1]

Received: May 20, 2020
Revised: Jun 26, 2020
Accepted: Jul 7, 2020

บทคัดย่อ

บทความนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจกับภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และมีการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีความสามารถในการเผชิญความเครียด ที่เป็นภาวะคุกคามต่อการใช้ชีวิต ในบทความนำเสนอกรณีตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการวิเคราะห์เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด การประเมินความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Folkman และ Lazarus ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยเหล่านี้ได้ตั้งแต่ในชุมชน และในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ โดยเป็นผู้คัดกรองตรวจประเมินเบื้องต้น ทำให้สามารถทราบถึงระดับความเครียดของผู้ป่วย โดยความเครียดที่เกิดขึ้นอาจจะยังไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษา ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ไม่เป็นอันตรายจากการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่ทำให้เป็นภัยคุกคามทั้งต่อการดำเนินชีวิตและจิตใจของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การเผชิญความเครียด, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน

[1]*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: duangruethai.p@bcn.ac.th*
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Abstract

This article aimed to provide nurses the knowledge and the understanding regarding the stress among diabetic older adults by enhancing their coping with stress which is a life-threatening condition. The article presented the case study with the explanations of the event or stressor analysis, stressful appraisal and stress coping in diabetic older adults. The roles of nurse in stress coping promotion following Folkman and Lazarus Coping Theory were also included. Nurse is a health personnel who could screen the patients both in the community and in the primary or secondary health care services. By the primary screening, the stress level of patients might be detected even though the symptoms are not noticeable which help in taking appropriate nursing care for them. Moreover, home visit for counselling and promoting family support were indicated in order that the patients could manage the stress by themselves and have no harm from the complications which are the threats to their lives and minds.

Keywords: coping, older adult, diabetes

บทนำ

เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งโรคเบาหวานพบได้มากในผู้สูงอายุ โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี[1] การเกิดโรคเบาหวานเป็นสถานการณ์ความเครียดอย่างหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา โรคเบาหวานเป็นโรครักษาไม่หาย ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตลอดชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักต้องเข้ารับการรักษาและพบแพทย์บ่อยครั้งและต้องมีวิถีชีวิตที่ต้องจำกัดอาหารที่มีน้ำตาลสูง[2] ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการจำกัดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ไขมัน ควบคุมน้ำหนักและขนาดรอบเอวไม่ให้เกินค่าปกติ รวมทั้งอาจต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการฉีดยาอินซูลิน เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกเช้า เย็น[3] ดังนั้นความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยหลายรายเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ อาทิ ตาบอด แผลเรื้อรังที่เท้า โรคหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง[4] อาจนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ มีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้[5] สถานการณ์เหล่านี้นับว่าเป็นปัญหาเนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ด้วยวัยสูงอายุที่มีการปรับตัวต่อปัญหายากขึ้น หากต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน นอร์อะดรีนาลีน และกลูโคคอติคอยส์ ไปเพิ่มน้ำตาลในกระแสเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสังคม คือมีพฤติกรรมแปรปรวน สับสนวุ่นวาย หรือเก็บตัวไม่เข้าร่วมกลุ่มกับใคร สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนไป ด้านอารมณ์ ความคิดมีผลทำให้รู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ขาดความสนใจสิ่งรอบข้าง ความคิดชะงักงัน ด้านพยาธิสภาพของโรค มีผลให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ[6]

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ บทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกันคือ การคัดกรองความเสี่ยงต่อ

การเกิดอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต่อการนำไปใช้ในการดูแลตนเองต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการติดตามตรวจเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่รุนแรง ด้านจิตใจมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q จากการปฏิบัติงานดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่เกิดความเครียด อาจไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยปัญหาในระยะเริ่มแรก ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลเรื่องโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มกระบวนการคัดกรองประเมินความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ทราบถึงภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ที่สำคัญคือลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงของภาวะความเครียดได้

กรณีศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการนำเสนอผลการจัดการกับความเครียด โดยการให้ความรู้และแนะนำตามกระบวนการเผชิญปัญหา ได้แก่ การวิเคราะห์เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด (Event or Stressor) การประเมิน สถานการณ์ความเครียด (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) ฝึกการใช้กลไกทางจิตในการปกป้องตนเอง ปรับกระบวนการคิด ให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานตามแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีของ Folkman และ Lazarus[7] เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตระหนักถึงความสำคัญและมีแนวทางในการนำไปปรับใช้ต่อไป

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป :

นายแมน (นามสมมติ) อายุ 72 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ประมาณ 1,000 บาท/เดือน น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI = 21.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตรอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คน ซึ่งแยกย้ายไปมีครอบครัวแล้ว

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ปี พ.ศ. 2550 มีอาการเวียนศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย กระหายน้ำ และปัสสาวะบ่อยครั้ง สังเกตว่าปัสสาวะมีมดขึ้น ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลชุมชนระดับปฐมภูมิ รับประทานยาควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2557 มีแผลที่นิ้วเท้าข้างขวา ใช้เวลารักษาอยู่ประมาณ 1 เดือนจึงหายเป็นปกติ

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด : ปัจจุบันมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) เท่ากับ 7.6 เปอร์เซ็นต์ ระดับ FBS อยู่ระหว่าง 138-146 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

การมีโรคร่วม เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน เท่ากับ 133/73 มิลลิเมตรปรอท และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3

ข้อมูลด้านความเครียด :

นายแมนให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเครียดมาจากเรื่องในครอบครัว ได้แก่ ความใส่ใจของลูกหลานที่ลดลง และปัญหาสุขภาพตั้งแต่เริ่มป่วยที่ทำให้มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตัว ความไม่สะดวกในการไปรับการตรวจตามนัดเนื่องจากในบางครั้งไม่มีคนรับ-ส่ง โดยมีการจัดการความเครียด ได้แก่ การเลี้ยงไก่ ทำสวน ทำนา ปลูกผักสวนครัว เป็นต้น

ประเมินความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง SPST-20 **ครั้งที่ 1** มีความเครียดระดับ ปานกลาง เท่ากับ 41 คะแนน **ครั้งที่ 2** ประเมินในช่วง 5 สัปดาห์หลังจากได้รับการดูแลส่งเสริมการเผชิญความเครียด คะแนนลดลงเท่ากับ 30 คะแนน

ประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด The Jalowiec Coping Scale **ครั้งที่ 1** เท่ากับ 76 คะแนน (ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา = 31 คะแนน; ด้านการจัดการกับอารมณ์ = 17 คะแนน; ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด = 28 คะแนน) เมื่อคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์รายด้านแล้วพบว่า มีการใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด **ประเมินครั้งที่ 2** เท่ากับ 84 คะแนน (ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา = 36 คะแนน; ด้านการจัดการกับอารมณ์ = 16 คะแนน; ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

= 32 คะแนน) เมื่อคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์รายด้านแล้ว พบว่า มีการใช้การเผชิญหน้ากับปัญหา และการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากัน และผลคะแนนรวมของความสามารถในการเผชิญความเครียดครั้งที่ 2 เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าในครั้งแรก ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการส่งเสริมการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Folkman และ Lazarus[7] ทำให้สามารถเผชิญหน้ากับปัญหา จัดการกับความเครียดทั้งด้านอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น

การวิเคราะห์เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียดของกรณีศึกษา

ความเครียดและการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Folkman และ Lazarus[7] ให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดรู้ (cognitive process) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเหมือน ๆ กัน อาจมีการรับรู้ความเครียดต่อสถานการณ์นั้น ๆ แตกต่างกัน รวมทั้งมีวิธีการที่ใช้ในการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงอารมณ์ที่แตกต่างกันไปด้วย

1. ความเครียด ตามแนวคิดของ Folkman และ Lazarus[7] กล่าวถึงความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เน้นความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) เป็นความสัมพันธ์โดยเฉพาะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่ามากระทบ หรือมีจำนวนมากกว่าทรัพยากรที่เขามีอยู่ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเขา โดยกล่าวถึงมโนมติ (concepts) ที่สำคัญ คือ สิ่งเร้าความเครียดและกระบวนการประเมินสถานการณ์ ดังนี้

1.1 สิ่งเร้าความเครียด (Stressors) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดจากหลายสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญาที่ลดลงทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลงด้วย[8] ร่วมกับปัจจัยส่งเสริมด้านการศึกษาที่น้อย โดยผู้สูงอายุในชุมชนชนบทส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา กระบวนการคิดและความสามารถต่าง ๆ อาจไม่มากเท่าผู้ที่มีการศึกษาที่ดี ทั้งนี้การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี และมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดี สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่า[9] มีหลายรายเกิดความเครียดจากโรคที่เป็น ส่วนหนึ่งอาจมาจากผลของการสันดาปจากโรคเบาหวาน และสารสื่อประสาทในสมองลดลง[10] และอีกส่วนหนึ่งนั้นก็มาจากการดำเนินของโรค เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หรือมีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี เพราะต้องใช้กำลังกาย กำลังใจอย่างมากในการที่ต้องเผชิญกับโรค การที่ต้องเรียนรู้กับระบบที่ซับซ้อนของกิจกรรมที่ต้องทำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและทางการแพทย์ การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำงานปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และอาจกังวลต่อโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเครียดสูงขึ้น[11] เนื่องจากความต้องการทางการแพทย์[12-13]การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะมีความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเครียดสูงขึ้น[14-15] ในทางตรงกันข้ามระยะเวลาป่วยมากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดโรคอื่น ๆ และผลกระทบจากโรคเบาหวาน ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน รวมไปถึงภาระทางการเงินที่ต้องการเพิ่มขึ้น มีผลต่อร่างกาย จิตใจ วิถีชีวิต สังคมและเศรษฐกิจ จึงต้องปรับตัวหรือพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น[11,16]ความสามารถในการเผชิญปัญหา จากการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท จากบทบาทใหม่ที่ต้องเรียนรู้ คือ บทบาทของผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทของผู้ดูแลตนเอง บทบาทของผู้รับบริการในระบบบริการสาธารณสุข และในบางครั้งอาจจะต้องต่อสู้เผชิญกับความโศกเศร้า สูญเสียบทบาทเดิม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความเครียดที่ต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติเหล่านี้ไปให้ได้[13,17]

เช่นเดียวกับกรณีศึกษานายแมนที่ประสบกับสถานการณ์ความเครียด เนื่องจากการเกิดโรคเบาหวานทำให้มีความรู้สึกยุ่งยากและเครียดเมื่อนึกถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติตัว ความยุ่งยากในการควบคุมตัวเอง ต้องตัดใจจากอาหารหรือผลไม้ที่ชอบ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการจำกัดอาหารแป้ง น้ำตาล ไขมัน ควบคุมน้ำหนักและขนาดรอบเอวไม่ให้เกินค่าปกติ ต้องรับประทานยาทุกวัน รวมทั้งในบางครั้งยังพบว่ามีความไม่สะดวกในการไปรับการตรวจตามนัดเนื่องจากไม่มีคนรับ-ส่ง ร่วมกับปัจจัยด้านครอบครัวอันเนื่องมาจากความใส่ใจของลูกหลานที่ลดลง ทำให้เกิด

ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่เป็นบทบาทที่ต้องดูแลตนเองและพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ โดยสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษานายแมน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่จะส่งผลให้เกิดความเครียด ตั้งแต่ช่วงระยะแรกของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็จะยังคงต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดอย่างต่อเนื่อง เพราะการเกิดโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต อีกทั้งครอบครัวยังมีส่วนทำให้ความเครียดในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกด้วย

1.2 การประเมินสถานการณ์ความเครียด (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (event or stressor) การประเมิน (appraisal) และ การเผชิญความเครียด (coping) ซึ่งมีกระบวนการจัดการปัญหาแสดงไว้เป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.2.1 เหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (event or stressor) เป็นสิ่งที่คุกคามหรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้นนั้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่า สูญเสียบทบาทของตนเอง การสูญเสียสิ่งที่รัก เป็นต้น

1.2.2 การประเมิน (appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ สิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้น ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการของการใช้ความรู้และสติปัญญา (cognitive process) โดยจำแนกการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียดเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1.2.2.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่าเหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกหรือทางลบต่อตนเอง (being positive) หรือไม่มีผลต่อตนเอง (irrelevant) แล้วผลสืบเนื่องจากการประเมินดังกล่าวแสดงออกในทางที่ดีหรือในเชิงบวก ในทางตรงกันข้ามการประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นในเชิงลบต่อตนเอง หรือการประเมินว่าเป็นความเครียด (stressful appraisal) คือเกิดความไม่สมดุลทางจิตใจขึ้น 3 ลักษณะ คือ

(1) การเกิดอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพทั้งด้านสัมพันธภาพ สุขภาพหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การที่ต้องรู้สึกสูญเสียพลังความสามารถอันอาจเกิดจากความเจ็บป่วยหรือการที่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือการเกิดแผลที่นิ้วเท้า ไม่สามารถรักษาให้หายและลุกลามจนต้องตัดนิ้วเท้า

(2) การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสียขึ้น หรือถ้าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยต้องรับประทานยา ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ไปจนตลอดชีวิต หรือมีความวิตกกังวล และกลัวผลการตรวจเมื่อไปพบแพทย์ตามนัด หรือความรู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลาน ในการไปรับ-ส่ง เมื่อต้องไปโรงพยาบาลทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด

(3) การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านบวก โดยการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้นที่จะเรียนรู้และต่อสู้เพื่อจะเอาชนะให้ได้ ตัวอย่างเช่น การเชื่อมั่นว่าโรคเบาหวานไม่ใช่โรคที่ร้ายแรง และตนเองจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการออกกำลังกายทุกวัน รับประทานยาตรงเวลา ควบคุมการรับประทานอาหารหวาน รวมทั้งไปพบแพทย์ตามนัด

โดยในขั้นปฐมภูมินี้กรณีศึกษานายแมนจะต้องตั้งคำถามกับตนเองว่า “ตอนนี้ฉันกำลังมีปัญหาอะไร” และ “อะไรบ้างที่ทำให้เกิดความเครียด” เพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีการรับรู้ถึงทรัพยากรที่เป็นแหล่งประโยชน์ของตนเอง

1.2.2.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไรให้เหมาะสม โดยสิ่งสำคัญในขั้นนี้กรณีศึกษานายแมนต้องตั้งคำถามเพื่อประเมินตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไร “ฉันจะทำอะไรได้บ้าง” ประเมินความสามารถตนเอง “สามารถทำได้สำเร็จหรือไม่” และประเมินแหล่งให้ความช่วยเหลือ “ได้รับอะไรจากบุคคลเหล่านี้ (แพทย์/พยาบาล/คนในครอบครัว/เพื่อน/

ชุมชน)" ซึ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน คือสถานการณ์นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตน (blame or credit) จะแสดงออกหรือจัดการอย่างไรเพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด (coping potential) และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนเองอย่างไร (future expectation) โดยใช้ทรัพยากร (resource) ที่ตนมีในการจัดการกับสถานการณ์ หากประเมินว่าตนไม่มีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้แล้วและยังขาดการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น และมองไม่เห็นแนวทางในการแก้ไขอื่น ๆ ความเครียดก็จะเกิดขึ้น โดยทรัพยากรช่วยเหลือที่ว่านั้นประกอบด้วย

(1) สุขภาพและพลังงาน (health and energy) หากบุคคลมีสุขภาพดี มีพละกำลังแข็งแรง ย่อมมีความเข้มแข็งและทนต่อภาวะความเครียดได้มากกว่า

(2) ความเชื่อทางบวก (positive belief) ความเชื่อทางบวกที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา คือ ความเชื่อในความสามารถของตน หรือความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจภายนอกตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักจะใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์

(3) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving Skills) คือ บุคคลที่สามารถค้นหาความรู้ข้อมูลต่าง ๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผล รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ เพื่อแยกแยะปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

(3.1) ทักษะทางสังคม (social skills) เป็นการแสดงความสามารถของบุคคลในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อันจะช่วยส่งเสริมให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยกรณีศึกษานายแมนได้เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน มีโอกาสได้พบปะกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในวันที่ไปตรวจตามนัด จึงเป็นโอกาสที่ดีที่จะใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยการเข้ารวมกลุ่มพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเช่นกัน

(3.2) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เกิดจากการที่บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น โดยกรณีศึกษานายแมนยังคงมีครอบครัวคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำการดูแลตนเอง รวมทั้งให้เวลาในการรับ-ส่ง เมื่อต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือการได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างใกล้ชิด

(3.3) แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (material resource) ทรัพย์สินเงินทองหรือสิ่งของต่าง ๆ สามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

1.2.2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำหลังจากการที่บุคคลใช้วิธีการแก้ไขปัญหาไม่ได้ผล เพื่อให้สามารถรักษาความสมดุลของระบบไว้ เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินที่เคยกระทำมาก่อนตามข้อมูลที่ได้รับใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือขัดแย้งกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ สามารถทำได้โดยการสรุปข้อดี ข้อเสีย และปัญหาที่พบเพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนลักษณะการใช้กลไกในการเผชิญความเครียด จากปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการประเมินซ้ำโดยใช้การแลกเปลี่ยนพูดคุยถอดบทเรียนพร้อมทั้งสรุปปัญหาร่วมกับกรณีศึกษานายแมนในช่วงสัปดาห์ที่ 3 หลังจากที่นายแมนได้มีการใช้วิธีแก้ไขปัญหาปรับเปลี่ยนลักษณะการใช้กลไกการเผชิญความเครียดจากปัญหาที่เกิดขึ้นไปแล้ว พบว่าอุปสรรคในการเผชิญความเครียดที่พบมาจากครอบครัว จึงจำเป็นต้องเน้นเรื่องการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัว ต้องพยายามปรับตัวเข้าหากันให้มากขึ้นจากเดิม เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม (social support) จากครอบครัวในการชมเชย ให้กำลังใจ แนะนำช่วยแก้ปัญหา รับฟังการระบายอารมณ์ และกระบวนการเหล่านี้คือสิ่งที่ทั้งตัวนายแมนและครอบครัวจะต้องช่วยกันต่อไป

การประเมินความเครียดและเครื่องมือที่ใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ก็สามารถรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดได้ด้วยตนเอง และสามารถประเมินระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดที่มีอยู่หลากหลาย ยกตัวอย่างคือ

แบบวัดความเครียดสวนปรุง SPST-20 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-24 เครียดน้อย คะแนน 25-42 เครียดปานกลาง คะแนน 43-62 เครียดสูง และคะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง[18]

แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionaire : PSQ) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 22 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากค่าเฉลี่ยบวกและลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 30-60 มีความเครียดระดับต่ำ คะแนน 61-90 มีความเครียดระดับปานกลาง และคะแนน 91-120 มีความเครียดระดับสูง[19]

ทั้งนี้ความเครียดระดับต่ำหรือความเครียดน้อย เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้นและหายไปได้ในเวลารวดเร็วไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดระดับปานกลาง อาจมีระยะอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลเสียต่อการดำรงชีวิต และความเครียดระดับสูงไปจะถึงความเครียดระดับรุนแรงนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ซึ่งมีความรุนแรงมาก มีผลกระทบให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ มีความล้มเหลวในการปรับตัว บุคคลที่มีความเครียดในระดับนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ[20]

2. การเผชิญความเครียด (coping)

ลาซารัสและโฟร์คแมน[7]กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามทางปัญญาและความพยายามทางพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาทั้งที่เกิดจากภายนอกและจากภายใน รวมถึงการจัดการต่อความขัดแย้งระหว่างปัญหาเหล่านั้น โดยใช้กลวิธีการเผชิญความเครียด (coping strategies) คือความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหา บุคคลจะใช้รูปแบบการเผชิญความเครียด (coping) แก้ไขปัญหานั้น ซึ่งรูปแบบในการเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือ

2.1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) เป็นความพยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา มุ่งเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคาม โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและมีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา เช่น การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น การรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ

2.2 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล ใช้กระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิต จะเกิดขึ้นในระดับที่ไม่รู้ตัว ได้แก่

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ (cognitive reappraisal) เช่น การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง เช่น การปฏิเสธตนเองเมื่อเป็นโรคเพื่อไม่ให้เป็นทุกข์จนไม่สามารถจะกระทำอะไรได้ เป็นต้น

2.2.2 การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลี่ยงไม่คิดถึง

2.2.3 กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น

ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลกรณีศึกษานายแมนพบว่าเน้นการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยมีวิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียดคือการคิดให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งมีกิจกรรมที่สร้างความสุขลดความเครียดด้วยการอยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน การเลี้ยงหลาน พูดคุย จะช่วยสร้างรอยยิ้มและยังมีการทำกิจกรรมในยามว่าง ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงไก่ ทำสวน ทำนา ปลูกผักสวนครัว เหล่านี้ส่งผลให้มีความสุข มีอารมณ์ผ่อนคลาย เกิดความรู้สึกเครียดลดลง ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือการที่นายแมนใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ มากกว่าการมุ่งแก้ไขปัญหา นั่นไม่ใช่เพราะยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แต่เพราะนายแมนมีความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาที่

ค่อนข้างดี สามารถมองออกว่าเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ซึ่งมองว่าปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หนทางแก้ปัญหาจึงเน้นที่การจัดการกับอารมณ์ตนเองมากกว่าการจัดการกับเหตุการณ์ปัญหานั้น ๆ

นอกจากนี้ปัจจัยส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ทำให้การเผชิญความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวสังคม เช่น สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ส่งเสริมให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี มีการปรับตัวที่ดี มีขวัญกำลังใจดี สุขภาพจิตดี จะสามารถรับสถานการณ์รุนแรงของปัญหาได้ดี ตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกัน และการอาศัยประสบการณ์ในอดีตช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่อความเครียด และปัญหาที่เผชิญ ตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ จากแหล่งประโยชน์ จากสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น เช่น การมองโลกในแง่ดี ความขยันขันแข็ง มีการคิดอย่างมีเหตุผล มีทักษะด้านสังคมดี มีแรงสนับสนุนทางสังคม มีแหล่งทรัพยากร งบประมาณ อุปกรณ์พร้อม เป็นต้น[21-22]

การประเมินการเผชิญความเครียดและเครื่องมือที่ใช้ ต้องประเมินหลังจากที่พบว่ามีความเครียดแล้ว ซึ่งความเครียดจะคงอยู่หรือหมดไปนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถที่บุคคลนำมาใช้เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นประเมินได้โดยเครื่องมือประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ยกตัวอย่างคือแบบวัดการเผชิญความเครียด The Jalowiec Coping Scale ที่พัฒนาขึ้นโดยจาโลวิค[23] ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ คะแนนรวมของทั้งชุดแบบสอบถามจะมีค่าอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน โดยแยกเป็นคะแนนรวมแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด จำนวน 14 ข้อ มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน การประเมินใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกัน หารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านรวมกันจะได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 หากคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก[24]

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในสถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรคำนึงถึงและนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียด มีดังนี้

1. การประเมินความเครียด เหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียดและแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ เน้นการประเมินที่เป็นการประเมินสถานการณ์ การประเมินสิ่งที่มาคุกคามหรือกระตุ้นเพื่อหาสาเหตุของความเครียดจากเหตุการณ์หรือสิ่งที่เป็นความเครียด ตัวอย่างเช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม focus group บอกเล่าถึงความเครียดที่เกิดขึ้นร่วมกับมีการประเมินความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียด

2. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบ ซึ่งเป็นอันตราย เป็นการสูญเสีย การคุกคามหรือความท้าทาย ส่งผลให้เกิดความเครียด (primary appraisal) ตัวอย่างกรณีศึกษานายแมนบอกถึงสถานการณ์ความเครียดในปัจจุบัน คือ เรื่องในครอบครัว โดยกล่าวถึงความใส่ใจของลูกหลานที่ลดลง และมีความเครียดเรื่องปัญหาสุขภาพ อาทิ การมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ความไม่สะดวกในการไปรับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากในบางครั้งไม่มีคนรับ-ส่ง เกิดความรู้สึกน้อยใจ เบื่อหน่าย บางครั้งก็กลายเป็นความโกรธ

การประเมินทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อเผชิญปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (secondary appraisal) กรณีศึกษามีลูกชายและลูกสะใภ้ที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เป็นข้อดีที่จะสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพได้

3. การประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ตัวอย่างเช่น The Jalowiec Coping Scale ซึ่งช่วยให้เห็นถึงระดับความ

สามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ร่วมกับการสร้างกระบวนการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เน้นการส่งเสริมกระบวนการเผชิญความเครียด การกำหนดเป้าหมายและหาแนวทางแก้ปัญหา เพื่อมุ่งจัดการกับปัญหาอย่างตรงจุด โดยจะมุ่งเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความเครียดนั้นให้ดีขึ้น ลดแรงคุกคาม มีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา โดยพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลและค้นหาวิธีแก้ปัญหา ตัวอย่างเช่น

พยาบาลและกรณีศึกษานายแมนร่วมกันกำหนดถึงขอบเขตปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการแก้ไข ซึ่งสามารถเลือกปฏิบัติได้ ดังนี้ (1) แก้ปัญหาอย่างตรงไปตรงมา นายแมนยังคงต้องแก้ปัญหาในเรื่องของความไม่สะดวกในการไปตรวจตามนัด สามารถแก้ไขได้อย่างตรงไปตรงมาโดยการตกลงพูดคุยกับครอบครัวให้นัดวันเวลาเพื่อไปรับ-ส่ง (2) ปัญหาที่แก้โดยตรงไม่ได้ ให้มองปัญหานั้นทางบวก โดยยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่าง ทั้งการรับประทานอาหาร การรับประทานยา นายแมนต้องยอมรับเพราะสิ่งเหล่านี้จะอยู่กับเราไปตลอด อาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเพราะต้องปฏิบัติเช่นเดิมมาเป็นเวลานานกว่า 10 ปี แต่สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (3) ปรับเปลี่ยนตัวปัญหาหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยนั้นให้น้อยลง ลดการคุกคามจากสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่นายแมนรู้สึกว่าเป็นเหตุการณ์คุกคามต่อการใช้ชีวิตคือเรื่องของการมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ และเคยมีประวัติการเป็นแผลที่เท้าแล้วแผลหายยาก สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนคือเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง การที่ต้องควบคุมอาหารรสหวานให้ดียิ่งขึ้นและการเริ่มต้นออกกำลังกาย รวมไปถึงการป้องกันตนเองขณะทำสวนทำนา โดยสวมใส่รองเท้า เสื้อผ้าที่รัดกุม ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเป็นแผลตามร่างกาย

การฝึกกระบวนการวิธีคิดแก้ปัญหาให้ตรงจุดด้วยการใช้วิธีคิดตอบคำถามกับตนเอง เมื่อเกิดความรู้สึกเครียดขึ้นในระหว่างวัน เช่น (1) เวลาไหนที่เกิดความเครียด (2) สาเหตุที่ทำให้เครียด (3) มีอาการทางกายหรือเกิดอารมณ์อย่างไรเมื่อเครียด (4) อาการต่าง ๆ เป็นอยู่นานหรือไม่ (5) มีข้อคิดหรือคิดอย่างไรเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดนั้น ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการคิดวิเคราะห์สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าปัญหาสอนให้เราเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองใหม่ให้ดีกว่าเดิม[25] ซึ่งกรณีศึกษานายแมนก็สามารถคิดและตอบคำถามกับตนเองได้ โดยพบว่า ช่วงเวลาที่เกิดความเครียดมักจะเป็นช่วงที่ต้องอยู่คนเดียว ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง ไม่มีคนรับฟังหรือช่วยแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้เกิดอารมณ์หดหู่ ไม่มีความสุข บางครั้งอยากแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่อยากรับประทานอาหาร ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อได้รับการเอาใจใส่จากคนรอบข้าง ทั้งภรรยาและบุตรหลาน นายแมนรับรู้ได้ว่าผลจากการเกิดความเครียดเหล่านี้จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเบาหวานได้ และยังก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตอีกด้วย ซึ่งทางด้านของการเผชิญความเครียดนับว่าเป็นสิ่งดีที่จะทำให้นายแมนสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงจุด

การใช้ทักษะจัดการกับปัญหาความเครียด จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นมีการสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมพร้อมกับยกสถานการณ์จำลองที่เป็นปัญหาความเครียดมาให้กรณีศึกษาฝึกกระบวนการคิด วิธีนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยกรณีศึกษาหลายรายพร้อมกันเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ซึ่งวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญคือประสบการณ์ พยาบาลจะต้องพยายามกระตุ้นให้กรณีศึกษาได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่ผู้อื่นที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้[26] ซึ่งการที่พยายามดึงประสบการณ์มาใช้จะทำให้เกิดประโยชน์คือ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่นซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้พัฒนาตนเองได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่มีประสบการณ์หรือมีน้อย พยาบาลอาจจะยกกรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์ทดแทนได้ กรณีศึกษานายแมนเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาค่อนข้างมาก จึงเกิดประสบการณ์เรียนรู้มากกว่าวัยอื่น นายแมนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอเกี่ยวกับการผ่านวิกฤตช่วงของการมีแผลที่เท้า และสามารถบอกแนวทางการจัดการความเครียดในช่วงเวลานั้นได้ การกระตุ้นให้นำประสบการณ์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันจึงเป็นเรื่องง่าย และการที่ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย

เบาหวานด้วยกันก็ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น

4. การช่วยเหลือด้วยวิธีการสร้างพลังทางจิตใจในการจัดการทางอารมณ์ ลดความรู้สึกเครียด เน้นการส่งเสริมทักษะด้านการจัดการอารมณ์ ความคิด การปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ โดยการมองปัญหาในทางบวก เพื่อเป็นการลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การฝึกให้รู้จักคิดในทางบวกมากขึ้น เป็นการคิดมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ มีประโยชน์ต่อการจัดการกับความรู้สึกตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค ความเครียด ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี มองเห็นสิ่งดี ๆ ในชีวิต มีความกล้าไม่ย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรคพยายามไปให้ถึงจุดหมายที่หวังไว้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาสได้[27] โดยให้ผู้ป่วยฝึกพูดกับตนเองเชิงบวก เรียนรู้และฝึกการคิดในเชิงสร้างสรรค์ต่อตนเอง กรณีศึกษาได้ฝึกพูดกับตนเอง “ฉันไม่หมดหวัง แม้ว่าจะมีโรคประจำตัว แต่ฉันยังมีคนที่รักต้องสู้ต่อไป และดูแลตนเองให้ดีที่สุด” และ “ฉันจะไม่ท้อแท้ยังมีคนอื่นที่แย่กว่าฉัน”

5. การติดตามประเมินด้วยการเยี่ยมบ้าน และสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นวิธีที่ช่วยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ผลดี เป็นส่วนหนึ่งและเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการกำหนดให้มีการติดตามการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้สุขศึกษา และความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมเพื่อสุขภาพ อีกทั้งสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลและจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[28] ตัวอย่างการแสดงให้เห็นถึงบทบาทและสมรรถนะพยาบาลที่จะดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานกรณีมีภาวะเครียด คือ ติดตามการใช้กระบวนการเผชิญความเครียด เน้นการประเมินซ้ำหลังจากการที่ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาไม่ได้ผล (reappraisal) เพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนลักษณะการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดจากปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้การแลกเปลี่ยนพูดคุยถอดบทเรียน พร้อมทั้งสรุปปัญหา อุปสรรคในการเผชิญความเครียดที่พบ โดยให้ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะแก้ปัญหาและเกิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ให้ครอบครัวร่วมพูดคุย รับฟัง แลกเปลี่ยน และมีการแนะนำการเพิ่มทักษะทางสังคม (social skills) ในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคม (social support) จากครอบครัว คนใกล้ชิด ในการชมเชยให้กำลังใจ รับฟังการระบายอารมณ์ เสนอแนวทางวิธีการช่วยเหลือจัดการกับปัญหา ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว และควรมีโอกาสได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนตามความเหมาะสม[27] ทั้งนี้การที่พยาบาลเข้าไปประเมินโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นช่องทางที่ทำให้กรณีศึกษานายแมนได้พูดคุยถึงเรื่องราวตนเองมากขึ้น เป็นการรับฟังแลกเปลี่ยนเรื่องราวต่าง ๆ ที่จะทำให้ค้นพบกับปัญหา อุปสรรคเชิงลึกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข โดยทราบว่านายแมนอาศัยอยู่ลำพังกับภรรยา บุตรทั้ง 2 คน แยกตัวออกไปมีครอบครัว แต่บุตรคนโตก็ยังพักอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน จึงมีโอกาสเข้ามาพูดคุย ช่วยเหลือกันได้มากที่สุด ภรรยาเป็นผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ส่วนบุตรจะเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ สอนการสังเกตตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ และเข้ารับการรักษาทันทีเมื่อปรากฏอาการ มีการออกกำลังกายร่วมกันในตอนเย็น หาเวลาว่างมาทำกิจกรรม รับประทานอาหารร่วมกันให้บ่อยขึ้น และพยาบาลก็จะคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เน้นว่านายแมนไม่จำเป็นจะต้องพึ่งพิงผู้อื่นในทุกเรื่องจนสูญเสียความเป็นตัวเอง และบุคคลในครอบครัวก็ควรใส่ใจเข้าหานายแมนให้มากขึ้น

บทสรุป / สรุปบทเรียนสะท้อนแนวคิดจากกรณีศึกษา

ภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นตัวอย่างที่พบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องดูแลสุขภาพตนเองไปจนกระทั่งตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการคัดกรองพบว่ามีความเครียดระดับปานกลาง และให้การดูแลส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดด้วยตนเอง ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟร์คแมนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียดโดยตรงร่วมกับการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ทำให้มีระดับความเครียดลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มอาจยังไม่ได้รับ

การตรวจคัดกรองและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่แรก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นได้ เช่น มีความเครียด เรื้อรัง เกิดภาวะซึมเศร้า อาจมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น โดยพยาบาลในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและเป็นบุคลากรที่สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยเหล่านี้ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนั้นแล้วพยาบาลชุมชนยังมีโอกาสติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บทบาทเหล่านี้ของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและไปใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยมีระดับความเครียดที่ลดลงหรือปราศจากความเครียดที่เป็นปัญหาคุกคามต่อชีวิต ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย และจิตใจ

References

1. Aekplakorn W. Report of the Thai Health Survey by the 5th physical examination. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).
2. Ellis C, Zhao Y, Egede LE. Depression and increased risk of death in adults with stroke. Journal of Psychosomatic Research 2010;68(6):545-51.
3. Chuwatthanapakorn T, Suriyawong S. The view of illness among older persons with diabetes mellitus. Thai Journal of Nursing Council 2011;26(4):96-107. (in Thai).
4. Katon W, Paul C. Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res 2009;53:903-6.
5. Bumrungsakulsawad O, Leethongin K, Akewanich T, Banpuan W, Larbenjakul S, Jaroenket W, et al. A guide to support the management of long-term health care services for dependent elderly in the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
6. Chanapa P, Kijkuakool P. Stress and the metabolic syndrome. Songlanagarind medical journal 2013;31(5):253-60. (in Thai).
7. Folkman S, Lazarus RS. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
8. Moos, R.H., Schaefer, J.A. Coping with physical illness: New Perspectives. Plenum Press 1984;2:3-25.
9. Jalowiec A, Powers M. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Res 1981;30(1):10.
10. National Institute of Mental Health. Diabetes and depression [Internet]. 2009 [cited 2019 Sep 2]. Available from: http://psychcentral.com/lib/2009/diabetes-and-depression.
11. Tangjittham P. Prevalence and factors related to depression among diabetic elderly in Nakorn Luang, Phra nakorn sri ayutthaya province. Thesis for the Degree of Master of Public Health. Graduate school of Mahidol University; 2011. (in Thai).

12. Raval A, Dhanaraj E, Bhansali A, Grover S, Tiwari P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. Indian Journal of Medical Research (IJSR) 2010;132(2):195-200.
13. Lapha R. Factors predicting depression among patients with type 2 diabetes in tertiary hospitals in Pathumthani province. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric. Graduate school of Thammasat University; 2011. (in Thai).
14. Thaneerat T. Prevalence of depression, HbA1C level, and associated factors in outpatients with type 2 diabetes at endocrine clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Thesis for the Degree of Master of Science (Mental Health). Graduate school of Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
15. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd C E, Peyrot M, Ismail K, Pouwer F. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia 2010;53(12):2480–6.
16. Sulukananurak C, Jaisanook W, Muktabhant B. Association of depression and stress with HbA1c level of type 2 diabetic patients attending the diabetes clinic of Nampong Hospital, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal 2016;31(1):34-46. (in Thai).
17. Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1992.
18. Mahutnirankul S, Phumpisan W, Tapanya P. Research report on the construction of Suanprung stress test. Chiang Mai: Suanprung hospital; 1997. (in Thai).
19. Wachirawat W. Influences of life-style factors, hostitity, chronic stressor, and H-pylori infection on peptic ulcer disease. Thesis for the Doctor of Philosophy of Nursing Science. Graduate school of Mahidol University; 2000. (in Thai).
20. Tanin M. Stress and coping behavior of caregivers of Schizophrenia patients Srithanya hospital in Nonthaburi province. Thesis for the Degree of Master of Science. Graduate school of Kasetsart University; 2009. (in Thai).
21. Boonnak P. Psychosocial factors in patients with Uncontrolled type 2 Diabetes Mellitus at the primary care center Faculty of Medicine Thammasat University (Khu khot). Thammasat Medical Journal 2015;17(3):303-14. (in Thai).
22. Department of Mental health. Guide to relieve stress. Bangkok: Siam M&B; 2012. (in Thai).
23. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland. (Eds.), Measurement of nursing outcome. Springer Publishing 1988; 1:278-305.
24. Mingkwan P. Stress and Coping in Stroke Elderlies. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological nursing. Graduate school of Chiang Mai University; 1999. (in Thai).

25. Phraibueng D. The effect of a coping enhancing program among diabetic elderlies. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Program in Community Nurse practitioner. Graduate school of Mahidol University; 2018. (in Thai).
26. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
27. Beattie L. Optimism and the power of positive thinking [Internet]. 2008 [cited 2019 Sep 2]. Available from: https://www.sparkpeople.com/resource/wellness_articles.asp?id=835
28. Thailand healthy stretegic management office, Office of the Permanent Secretary. Surveillance operation guidelines Prevention and control of diabetes and hypertension in Tambon health promoting hospital. Nontaburi: Ministry of public health; 2017. (in Thai).