



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564

Vol. 37 No. 1 January – April 2021

บรรณาธิการ ดร.ขวัญตา บุญวาศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.พนารัตน์ วิศวุเทพนมิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์

ผศ. ดร.ละอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล

Prof. Henrik Eriksson

Department of Health Sciences,

The Swedish Red Cross University College and

Department of Health Sciences, University West, Sweden.

Assoc. Prof. Hsing-Mei Chen

Department of Nursing, College of Medicine

National Cheng Kung University, Taiwan

ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ดร.พรฤดี นิธิรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ผศ. ดร.นันทกา สวัสดิพานิช

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ผศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.ปฐมภรณ์ ทองเต็ม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405 โทรสาร 0-2354-8251

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

<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

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

อาจารย์ศศิวิมล บุณยะเรชา

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

www.cupress.chula.ac.th

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 2. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 3. รศ.ดร. จินตนา อางสันเทียะ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 4. รศ.ดร.กัญญาดา ประจุกุศล | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 5. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 6. ดร.นงนุช วงศ์สว่าง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 7. ดร.อนัญญา คูอารยะกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |
| 8. ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 10. ดร.อัญญา จุลศิริ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 11. ผศ.ดร.อรนุช ชูศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 12. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 13. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 14. ดร. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 15. พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 16. ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 17. ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. ดร.แสงดาว จันทรดา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 19. ดร.กสิณแก้ว จันทรหงส์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 20. รศ.ดร.จิณพิชญ์ชา มะมม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 21. ผศ.ดร.ทัศนีย์ สุนทร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี |
| 22. ผศ.ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 23. รศ.ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 24. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 25. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 26. ผศ.ดร.วิภา วิไลโส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 27. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 28. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 29. ดร.วิราวรรณ คำหวาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 30. รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 31. ดร.รัตติกร เหมือนนาดอน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 32. ดร.วิไล นาป่า | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 33. ดร.อัสนี วันชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 34. ผศ.ดร.วรรณวดี ฦกค | นักวิชาการอิสระ |
| 35. ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 36. ผศ.ดร.วรรณภา พาหุพัฒนกร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

สารบัญ
ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	1
การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ดวงเนตร ธรรมกุล กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์	14
การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่ อารี ชิวเกษมสุข	25

บทความวิจัย

การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม สุรัชย์ เฉเนียง ปาริชาติ เมืองขวา กมลนัธ คล่องดี	38
รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นภาพัญญ์ จันทขัมมา Napaphen Jantacumma	51
การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ชยพล ศิรินิยมชัย พิมพ์ภา ปัญโญใหญ่	65
ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สุปรานี พรหมสุพันธ์ สุธรรม นันทมงคลชัย กรวรรณ ยอดไม้ โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์	77
ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะในการฟื้นฟูสภาวะ ทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร รศยา ยุวพรพาณิชย์ วิณา เทียงธรรม อาภาพร เผ่าวัฒนา	88
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ เทพไทย โชติชัย	99
ประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา อาภาพร เผ่าวัฒนา ยุทธนา มีกลิ่นหอม สุรพล บุญลือ	112
ความพึงพอใจของผู้ใช้สำเร็จการศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ของประเทศไทย อุ๋นใจ เครือสถิตย์ อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์	128
ประสบการณ์อุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาล : การวิจัยเชิงคุณภาพ รัตติยากร ถิ่อวัน สมคิด ปราบภัย	142
การรับรู้ของชุมชนชนบทต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ มยุรี ลีทองอิน สุทธินันท์ สุนินดี พชร โชติชัยสถิตย์ ปรีธนา สังคพัฒน์	156

สารบัญ
ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อภาวะ การทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	168
เพ็ญโพยม สารคร ปชาณัฐ์ นันไทยทวีกุล	
ผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ	180
จันทร์เพ็ญ นิลวัชรเมณี วิดาพร ทับทิมศรี ปัญจศิลป์ สมบูรณ์	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียด จากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	193
สุลธิ์ ถาวรกุล สมคิด ปราบภัย	
ผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก	206
สุนิสา สงสัยเกตุ รัตติพร โกสุรินทร์ ปะการัง ศรีมี สันธาน จันทะมุต กนกวรรณ ยั่งยืน กัญชลิตา ธวัชเมธานันท์	
การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลของการใช้สื่อต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจเพื่อการเตรียมนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น	218
กาญจนา ศิริเจริญวงศ์ มณฑนาหวาดี เมธาพัฒนาะ สุมาลา สว่างจิต จักรกฤษ ปิจติ	
ประสิทธิผลการจัดโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมจิตอาสาและทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี	230
ศรีไชย โพธิ์ศรี อัจฉรา คำมะทิตย วาสนา หน่อสีดา สุปรานี ไรจน์สุพร	
พลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	240
ฐิตินันท์ อ้วนล่า ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา	252
ประภัสสร จันดี ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ภารภัทร เฮงอุดมทรัพย์	
การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	266
เพ็ญศรี รักช่วงค์ มุจจรินทร์ อัครพัฒน์ สุนันดา คเชนทร์ชัย พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร	
อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่	281
ปรีศณี ศรีกัน กัลยารัตน์ วรรณวงศ์ กาญจนา ดาวประเสริฐ ยุพิน ชัยนาม วราภรณ์ ไชยตาล	
ประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมีเข่งในหญิงระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด	294
ปณชัฐिता ขุนบุญยัง เกษร สุวิทยะศิริ ลักขณา บัวสมบูรณ์ วรรณดี ศรีสว่าง นงลักษณ์ เกิดท่าไม้	
ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี	311
วรรณรัตน์ ลาวัง พิษามญูษ์ ปุณโณทก อโนชา ทศนาธนชัย สุรภา สุขสวัสดิ์ รัชณี สรรเสริญ	

Content

Volume 37 Number 1 January - April 2021

Articles

The Role of Nurses in Screening and Caring for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Community	1
Kamonthip Tanglakmankhong	
Nursing Care by Using Patient- and Family- Centered: The Dimension for the Elderly Care	14
Doungnetre Thummakul Kalayarith Anonrath	
Nursing Teaching and Learning Management with Blended Learning in New Normal Era	25
Aree Cheevakasemsook	

Research Articles

Students and Teachers' Perception on Cause and Suicide Prevention at Secondary School in Nakhon Phanom Province	38
Surachai Chaniang Parichart Meuangkha Kamonnat Klongdee	
The Community Health Nursing Practicum Models in Distance Learning System, School of Nursing at Sukhothai Thammathirat Open University	51
Napaphen Jantacumma	
Community Participation for Enhancing Well-being of Homebound Elderly in Nongpakrang Municipality, Muang district, Chiang Mai province	65
Chayaphon Siriniyomchai Pimpaka Panyoyai	
The Effect of The Family-supported Stroke Prevention Program among High Risk Stroke Elderly in Community	77
Supranee Promsukhan Sutham Nanthamongkolchai Korravarn Yodmai	
Chokchai Munsawaengsub Pimsurang Taechaboonsesak	
The Effects of the Skill Development Program for Physical Rehabilitation in Health Volunteer for Stroke Survivors in the Urban Community of Bangkok Metropolitan	88
Rosaya Yuwapornpanit Weena Thiangtham Arpaporn Powwattana	
Health Literacy of School - Age Pregnancy Prevention and Sexual Intercourse among High School Students in Khon Kaen Province	99
Saowaluk Seedaket Tepthai Chotchai	
Experiences of Multiple Risk Behaviors through Female Secondary School Student 's Perception: A Qualitative Descriptive Study	112
Pimrat Thamaraksa Arpaporn Powwattana Yutthana Meeklinhom Surapon Boonlue	
The Satisfaction of Employer toward the Advanced Emergency Medical Technician Competencies upon Thai Qualification Framework for Vocational Education	128
Ounjai Kruesathit Atchara Kittivongvisut	
Accidents Experiences and Safety Behavior among Emergency Medical Personnel with Ambulance: Qualitative Research	142
Rattiyakorn Thuewan Somkid Prabpai	
Rural Community Perceptions of Dementia in Older People and its Prevention	156
Sirimart Piyawattanapong Mayuree Leethong-in Suttinan Subindee	
Patchara Chotchaisthit Prisana Sungkaput	

Content

Volume 37 Number 1 January - April 2021

The Effect of Self-Efficacy Promoting and Resistance Training Program on Functional Status in End Stage Renal Disease (ESRD) Patients Receiving Hemodialysis Penpayome Sakorn Pachanut Nunthaitaweekul	168
Effects of Providing Knowledge and Skills for Cardiopulmonary Resuscitation of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Chanpen Ninwatcharamanee Vidaporn Dhabdhimsri Panjasilpa Somboon	180
Effects of Stress Management Program Applied Self-Efficacy Theory on Stress from First Nursing Practical among Student Nurses, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University Sulee Thavongul Somkid Prabpai	193
The Effect of Health Educational Program on Knowledge and Health Behaviors of Ten National Health Recommendations among Primary School Students in Wat Chiao Osot Community School, Nakhon Nayok Province Sunisa Songsaigath Rattiporn Kosuwin Pakarang Srimee Santhan Chanthamud Kanokwan Yungyun Kanchalita Twatchmetanant	206
Development and Effectiveness of Video Media to Knowledge, Self-Confidence and Satisfaction of Nursing Students in Preparation for Children and Adolescence Care Practicum Experience Kanjana Siricharoenwong Muntanavadee Mataputana Sumala Sawangjid Chakkrich Pidjadee	218
The Effect of Life Skill Learning Program on Volunteer Behavior and the Attitude toward Sufficiency Economy among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Udonthani Srichai Posri Adchara Khammathit Wasana Norseeda Supranee Rojsupon	230
Resilience Quotient and Level of Stress in Nursing Students at School of Nursing, Rangsit University Thitinan Ounlam Suparat Panpoklang	240
Factors Influencing Depression among Secondary School Students in Extended Educational Opportunity Schools Prapatsorn Jandee Duangjai Vatanasin Pornpat Hengudomsub	252
The Development of Discharge Planning Model for End-Stage Cancer Patient Pensri Rukwong Mujjarin utsawapat Sunutda kachainchai Wisawatapnimit	266
Incidence and Predicting Factors of Vaginal Stenosis in Gynecological Cancer Patients Receiving Radiotherapy and Brachytherapy Pratsani Srikan Kanyarat Wannavong Kanchana Daoprasert Yupin Chainam Waraporn Chaitan	281
Effectiveness of Maneeevej Sitting Position Technique on labor pain, time during active phase and childbirth experience of parturients. Panuttita Khoonboonyung Kesorn Suvithayasiri Luckana Buasomboon Wandee Sriiswang Nongluk Girdtamai	294
Factors Predicting the Care Readiness for Persons with Mental Disorders among Community Networks in Chonburi Province Wannarat Lawang Pichamon Poonnotok Anocha Tassanatanachai Surapa Suksawat Rachanee Sunsern	311

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล เป็นวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563- 31 ธันวาคม 2567 โดยได้รับการประเมินคุณภาพวารสารอยู่ในกลุ่ม TCI 1 มาอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาและขอผลงานทางวิชาการได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มีบทความทั้งหมด 25 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่คุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางการแพทย์ ปัญหาสุขภาพสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรังปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น มาตีพิมพ์เผยแพร่และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านทุกบทความในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสารโดยผู้สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารหัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญาศ
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน The Role of Nurses in Screening and Caring for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Community

Received: Dec 7, 2020

Revised: Feb 1, 2021

Accepted: Feb 5, 2021

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง พร.ด. (Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D)¹

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment หรือ MCI) เป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาจากผู้สูงอายุในภาวะปกติ ไปสู่การเป็นอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อมชนิดอื่น

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายคำจำกัดความของภาวะรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องและบทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญ: ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและสมองเสื่อมเล็กน้อยเป็นภาวะที่สำคัญ เพราะเป็นอาการ และอาการแสดงที่พบได้โดยทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ จะมีแนวโน้มเป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มากกว่าสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ อย่างไรก็ตามภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์เสมอไป ขึ้นกับด้านที่มีความบกพร่อง ผู้สูงอายุบางรายอาจกลับมาเป็นปกติ มีอาการคงที่หรือชะลอการเกิดโรคได้ หากได้รับการคัดกรอง และส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้น แต่ในปัจจุบันยังมีการใช้คำที่ผิดและเข้าใจสับสนในการจำกัดความของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนถูกตีตราว่าเป็นสมองเสื่อม ซึ่งหมายถึงการเป็นบุคคลที่มักหลงลืมทุกสิ่ง หลงทาง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทั้งที่จริงแล้วผู้สูงอายุอาจมีภาวะเพียงการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สรุป: ความสามารถในการสังเกตอาการและคัดกรองการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รวมทั้งสามารถส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันเวลา จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด โดยไม่เป็นการระงับของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: การคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่าแม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

คำสำคัญ: การคัดกรอง, ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ, สมองเสื่อม

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรธานี

E-mail: tanglakm@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute, Thailand

Abstract

Introduction: Mild Cognitive Impairment or MCI is the symptomatic predementia phase which progresses from normal aging to Alzheimer's disease or another dementia.

Objective: To describe the definition of mild cognitive impairment and dementia, screening for cognitive impairment, and the role of nurses in screening and caring for older adults.

Key Issues: Mild Cognitive Impairment and mild dementia are important because these signs and symptoms are common problems that can be found in older adults living in the community, Amnesic MCI or memory impairment is the more concern variety since it is more likely a precursor to Alzheimer's disease. However, people with mild cognitive impairment can remain normal or delay the progression to dementia if we have early detection and have appropriate interventions to enhance cognitive function. Currently, the misuse and confusion in the definition of "dementia" causing many older adults to be stigmatized when they were diagnosed with dementia. This means being an older adult with dementia who is often lost, forgets everything, and being helpless. In fact, the older adult may have only mild cognitive impairment.

Conclusion: The ability to detect signs, symptoms, and screen for mild cognitive impairment as well as proper management and timely treatment is another important role for nurses in the community. This will help the older adults to have the potential to be self-reliant as long as possible without being a burden to the family.

Implication: Early screening of mild cognitive impairment is crucial. Nurses should keep in mind that although dementia mainly affects older adults, it is not a normal part of aging.

Keywords: screening, mild cognitive impairment, older adult, dementia

บทนำ

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) หรือที่นิยมเรียกว่า ภาวะ MCI เป็น กลุ่มอาการแสดงที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะการเปลี่ยนแปลงของความสามารถของสมอง ที่เราสามารถสังเกตได้จากอาการ หรือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป แต่อาการแสดงเหล่านั้นจะไม่รุนแรงมากจนรบกวนการดำเนินชีวิตปกติ การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) เป็นหนึ่งในสิบตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการคัดกรอง และตรวจประเมินสมรรถนะและสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการดูแล ส่งเสริม และป้องกันโรคอย่างเป็นระบบและบูรณาการ โดยผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี และมีบันทึกรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ในฐานะข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ. สต.) การคัดกรองการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองแล้วว่าผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะของการรู้คิดผิดปกติ (Abnormal cognitive function) ให้ส่งต่อมาให้พยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลคัดกรองเพิ่มเติม เพื่อการประเมินและพิจารณาส่งต่อ หากพบความผิดปกติ¹

สถานการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานสถานการณ์การเกิดภาวะ MCI โดยชี้ให้เห็นความสำคัญว่าภาวะ MCI เป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในอนาคต รายงานสถานการณ์พบว่าประมาณร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI โดยไม่มีความก้าวหน้าของโรคไปเป็นโรคสมองเสื่อม (MCI without progression to dementia) และภาวะนี้มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราการเปลี่ยนแปลงของโรคจากกลุ่มภาวะ MCI ที่พัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมอื่น ในกลุ่มผู้สูงอายุมีประมาณร้อยละ 12-15 เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี (Healthy Adults) ที่พบเพียงร้อยละ 1-2 นอกจากนั้น

ผลการศึกษาทั้งภาคตัดขวาง และการศึกษาติดตามในระยะยาว ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI มีความเสี่ยงต่อการมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง²

รายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มประชากรของสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย³ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ MCI โดยพบจำนวนผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในกลุ่มผู้สูงอายุ 75-79 ปี มีอุบัติการณ์อยู่ที่ประมาณ 22.5 ต่อพันประชากร และเพิ่มเป็น 40.9 ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 60.1 ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ MCI ในสหรัฐอเมริกาจาก American Academy of Neurology และ Center for Disease Control and Prevention (CDC) ที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น จะพบภาวะ MCI เพิ่มขึ้นเช่นกัน^{4,5} โดยเมื่อพิจารณาในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบมากที่สุดในกลุ่มคนแอฟริกันอเมริกัน (Black/African Americans) รองลงมาคือ กลุ่มอเมริกันเชื้อสายสเปน (Hispanics) กลุ่มคนผิวขาว (Whites) และกลุ่มคนเอเชีย/เกาะแปซิฟิก (Asians/Pacific Islanders) ตามลำดับ นอกเหนือจากนั้นข้อมูลจากการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้น มีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้น้อยลง⁴

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 8.10 เป็นเพศชายร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.60⁶ โดยภาพรวมแสดงให้เห็นได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนพบว่ารายงานการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบันใช้แบบทดสอบ Thai Mini-Mental State Examination ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง เพื่อประเมินภาวะ MCI เท่านั้น ยังไม่ใช่ระดับการประเมินภาวะสมองเสื่อม การรายงานภาพรวมดังกล่าวจึงอาจทำให้เกิดความสับสน เข้าใจผิด และคลาดเคลื่อนในการรายงานโรค สำหรับการศึกษาวิจัยเฉพาะเรื่องภาวะ MCI ในประเทศไทย พบรายงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

เช่น รายงานความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในกลุ่มบุคลากร วัย 50-60 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁷ ในคลินิกผู้สูงอายุ⁸ หรือ กลุ่มผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁹ ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะ MCI ในภาพใหญ่ระดับประเทศ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือภาวะ MCI

เริ่มถูกกำหนดความหมายชัดเจนครั้งแรก ในการประชุม International Working Group on Mild Cognitive Impairment เมื่อปี พ.ศ. 2546¹⁰ เพื่อกำหนดความชัดเจนระหว่างความหมายของ “ภาวะรู้คิดบกพร่อง” และ “อาการของโรคสมองเสื่อม” เมื่อกล่าวถึงเฉพาะ คำว่า ภาวะรู้คิด หรือ Cognitive function หมายถึง ความสามารถในการประมวลผล เก็บข้อมูล และ ทบทวนข้อมูลได้ ซึ่งภาวะรู้คิดนี้จะเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความคิด ความจำ ภาษา การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การคำนวณ การพูด การเขียน การวางแผน และความสามารถในการตีความ บางทักษะของการรู้คิดเมื่ออายุมากขึ้น อาจมีแนวโน้มลดลงได้รวดเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน เช่น ความจำ หรือ การมีสติจดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ¹¹ ส่วน “ภาวะรู้คิดลดลงจากการรับรู้ของตนเอง” หรือ Subjective Cognitive Decline

(SCD) หมายถึง อาการลืมหรือรู้สึกว่าคุณเองงุนงง สับสน ที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) จากการสังเกตตนเองว่า อาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งและอาการนั้นแย่งลงภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมทานยา ลืมจ่ายเงินค่าไฟ ค่าน้ำ ค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ อาการดังกล่าวไม่ใช่การวินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์⁴

ความหมายของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือ ภาวะ MCI ถูกนิยามคำจำกัดความครั้งแรกโดยกลุ่มผู้ประเมินจากเมโยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ เมืองโรเชสเตอร์ รัฐมินเนโซตา สหรัฐอเมริกา จากการศึกษาระยะยาว และสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุและสมองเสื่อมในชุมชน โดยนิยามความหมายจะเน้นไปที่ ปัญหาความจำ (Memory problem) เริ่มจากความสามารถในการจำ จะเริ่มลดลงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน และอาจนำไปสู่การเริ่มต้นของการเป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ซึ่งแต่ละบุคคลยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร ซึ่งแต่ละกลุ่มนักวิชาการกำหนดคำจำกัดความตามเกณฑ์ที่แตกต่างกันเล็กน้อย¹⁰⁻¹² ดังนี้

ตาราง 1 เกณฑ์ประเมินตามลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แปรจาก ตาราง Clinical Characterization of Mild Cognitive Impairment (MCI)¹⁰

เกณฑ์ประเมิน	Original Mayo Clinic	Expanded/ Key Symposium	NIA-AA	DSM-V
ตนเอง หรือ คนใกล้ชิด บ่นว่า มีปัญหาความจำ	X			
ตนเอง หรือ คนใกล้ชิด บ่นว่า มีปัญหาการรู้คิด		X	X	X
สังเกตเห็นว่าลืมชัดเจน	X			
สังเกตเห็นว่าความรู้คิดถดถอยชัดเจน		X	X	X
สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้	X			
สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้ด้วยตนเอง	X	X	X	X
ไม่มีสมองเสื่อม	X	X	X	X

หมายเหตุ คำย่อ NIA-AA คือ National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroup;

DSM-V คือ the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;

X: พบอาการแสดงตามเกณฑ์ประเมิน

โดยสรุป ภาวะ MCI จึงหมายถึง ภาวะที่ตนเอง และคนใกล้ชิด เริ่มรู้สึกว่ามีความผิดปกติด้านการรู้คิด ซึ่งไม่ใช่เฉพาะปัญหาด้านความจำ แต่รวมถึง ความสามารถในการแก้ปัญหา การคำนวณ การพูด การเขียน การวางแผน ความสามารถในการตัดสินใจ หรือการมีสติจดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ลดลงเล็กน้อย มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและคนใกล้ชิด แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และไม่มีภาวะสมองเสื่อม

อาการแสดงของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สามารถแบ่งแยกได้ ตามทักษะการรู้คิด เป็น 2 กลุ่ม¹⁰ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 อาการแสดงชัดเจนในส่วนความจำถดถอย หรือ Amnesic MCI โดยตัวเองหรือคนใกล้ชิดบ่นว่า เริ่มมีอาการลืมเรื่องสำคัญ ที่เมื่อก่อนเคยทำได้ดี เช่น ลืมเวลานัด ลืมเหตุการณ์สำคัญ การสนทนามักถามซ้ำเรื่องเดิม กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

กลุ่มที่ 2 อาการแสดงชัดเจนในส่วนทักษะความสามารถในการคิดถดถอย รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ หรือ Non-amnesic MCI (na-MCI) เช่น ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ การบริหารจัดการลดลง กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอื่น เช่น Frontotemporal degeneration, Primary progressive aphasia หรือ Lewy body dementia หากพบความผิดปกติมากกว่าหนึ่งด้าน (multiple domains) มีแนวโน้มจะเป็นสมองเสื่อมชนิดอื่น

องค์ประกอบของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการเรียนรู้และความจำ (Learning and

memory) อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ถามคำถามซ้ำซ้ำ หรือ จำคนที่เคยรู้จักไม่ได้

2. ด้านภาษา (Language) เช่น การบอกหรือเรียกชื่อคน หรือสิ่งต่างๆที่เคยรู้จักได้ช้าลง หรือใช้เวลานานขึ้นหรือคิดชื่อนั้นไม่ออกเลย การพูด การบรรยาย หรือการประมวลเรื่อง เล่าผลสรุปได้ยากขึ้น

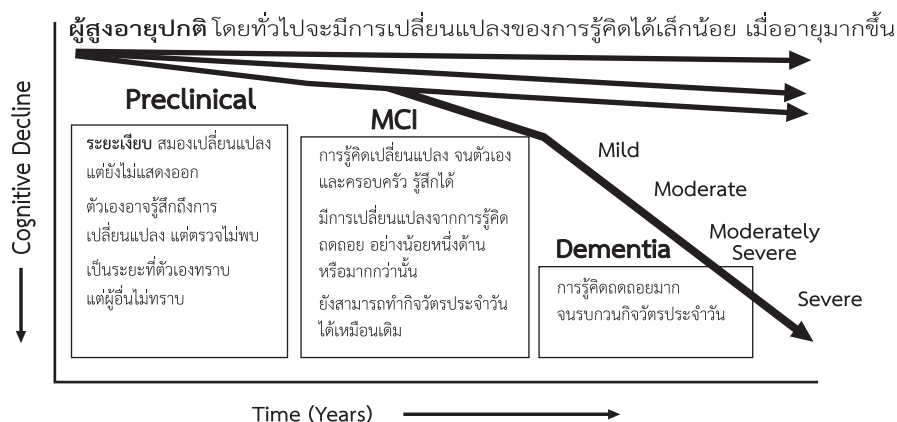
3. ด้านการมีสมาธิ (Attention) มีอาการวอกแวก มีสมาธิจดจ่อน้อยลง และสามารถถูกระตุ้นให้เสียสมาธิได้ง่ายขึ้น

4. ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuo-spatial skills) มีปัญหาด้านทักษะและความสามารถในการมองเห็น การตีความสิ่งที่มองเห็น และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของมิติ ด้านพื้นที่ ที่ว่าง ความสูงต่ำ ใกล้ไกล เช่น การคาดประมาณระยะทาง การเดิน ขึ้นลงบันได

5. ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) เช่น มีทักษะด้านการวางแผน การตัดสินใจ การจัดการระบบ หรือเรียงลำดับงานลดลง

พัฒนาการจากผู้สูงอายุปกติ ไปสู่ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกที่เป็นสมาชิกของ 3 องค์กรหลัก ได้แก่ สมาคมอัลไซเมอร์ (the Alzheimer's Association) สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (the National Institute on Aging : NIA) และ ตัวแทนจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (An agency of the U.S. National Institutes of Health : NIH) ได้ร่วมกัน กำหนดเกณฑ์และแนวทางการดูแลวินิจฉัยและระดับของการเกิดโรคสมองเสื่อม จาก โรคอัลไซเมอร์ เป็น 3 ระยะ โดยมีการแสดง¹³ ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 พัฒนาการจากผู้สูงอายุปกติ ไปสู่ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และ ภาวะสมองเสื่อม แปรจาก Progression from normal aging to Alzheimer's disease or another dementia retrieved from <https://www.mind.uci.edu/dementia/mild-cognitive-impairment>

หลักการประเมินภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การประเมินภาวะ MCI ลักษณะที่เห็นชัดเจน และ มักพบบ่อย ๆ ของกลุ่มภาวะ MCI ที่มีแนวโน้มจะเป็น อัลไซเมอร์ภายในไม่กี่ปี คือ มีความบกพร่องของความจำ ในส่วนที่เรียกว่า episodic memory เป็นความจำที่จดจำ มาจากบริบทของ เวลา สถานที่หรือเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่นความจำระยะสั้น และระยะยาว โดยประเมินทั้งการตอบ ได้ทันที และการตอบล่าช้า รวมทั้งการประเมินข้อมูลความ จำที่เหลืออยู่ เช่น การจำเหตุการณ์สำคัญในอดีต การให้ ทบทวนรายการคำ 3 คำ ที่บอกไว้ หรือ การทบทวนที่อยู่ ที่ บอกไว้ แล้วทิ้งเวลาสักพัก โดยไปถามข้อมูลอื่น อีกสักพัก แล้วกลับมาถามใหม่¹³ หากไม่มีเวลาทำแบบทดสอบ วิธีง่าย ๆ ทำได้โดย ขณะที่ผู้สูงอายุมาตรวจ อาจให้บอกชื่อสิ่งของ 3 สิ่ง ที่เราเตรียมมา เช่น ปากกา กระดาษ สมุด หลังจากนั้นนำ สิ่งของทั้ง 3 สิ่งไปวางตามที่ต่างๆ ในห้องตรวจ เมื่อเวลาผ่านไปสักพัก กลับมาถามอีกครั้งว่าสิ่งของ 3 สิ่งนั้นมีอะไรบ้าง และสิ่งของเหล่านั้นวางอยู่ที่ใด บางครั้งผู้สูงอายุอาจมี อาการแสดงที่สามารถสังเกตได้ และอาจสัมพันธ์กับการ เป็นอัลไซเมอร์ เช่น มีความผิดปกติในการใช้ภาษา เรียกชื่อ สิ่งของไม่ได้ เรียกชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ได้ นึกคำไม่ออก บางครั้ง เรียกอาการแบบนี้ว่า Logopanic aphasia หรืออาจมีความ ผิดปกติด้านการมองเห็น จาก Posterior Cortical Atrophy ในส่วนของมิติสัมผัส อาการเหล่านี้ มักมีแนวโน้มจะมีความ

สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ MCI ที่นำไปสู่การเกิดโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ การประเมินลักษณะอาการของภาวะ MCI จากตัวผู้ป่วย เอง และคนใกล้ชิดมีความจำเป็นมาก คะแนนการประเมิน ภาวะ MCI ที่ได้ ไม่ควรมากกว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่า Standard Deviation อยู่ระหว่าง 1-1.5 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของอายุ และการศึกษา เมื่อเทียบกับกลุ่มคนในวัยหรือการ ศึกษาเดียวกัน และควรใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานของแต่ละ กลุ่มชนต่างๆ (culturally appropriate normative data) สิ่งสำคัญ คือ ไม่ควรใช้ค่า จุดตัดสากล เป็นเกณฑ์คะแนน มาตรฐาน จุดตัดที่ดีที่สุด (optimal cut- point) ควรมีการ ทดสอบในแต่ละกลุ่ม¹³

ความแตกต่างระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

หลักการประเมินสำคัญ คือ พยาบาลควรสามารถ ประเมินความแตกต่างเบื้องต้นได้ จากการซักประวัติ และ การทดสอบการรู้คิด ในมุมมองทางคลินิกการวินิจฉัยแยกโรค ต่างกันที่ ภาวะ MCI อาจมีความผิดปกติในการรู้คิดผิดปกติ เพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน แต่ยังไม่รบกวน การดำเนินชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยุงยาก ซับซ้อนได้ลดลง เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิลต่าง ๆ การจ่ายจ่ายซื้อของ อาจทำได้ ช้าลงหรือลืมเป็นบางครั้ง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือได้ ในขณะที่ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

น้อย อาการจะเริ่มรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันที่ย่างยากซับซ้อนด้วยตนเองไม่ได้ แต่ยังคงอาบน้ำ ทานข้าวเองได้¹⁴ ดังแสดงตารางเปรียบเทียบอาการ

และอาการแสดง ระหว่าง ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับ ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ดังนี้

ตาราง 2 ความแตกต่างระหว่าง ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับ ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)	ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย (Mild Dementia)
บ่น กังวลเรื่องภาวะรู้คิดเปลี่ยนแปลง เมื่อเทียบกับ คนในวัยเดียวกัน	
ไม่มีความผิดปกติทางจิต	
ภาวะรู้คิดด้านใดด้านหนึ่ง แย่ลง เมื่อเทียบกับ อายุ และ การศึกษา ของคนวัยเดียวกัน ไม่รบกวนการใช้ชีวิต หรือ กิจวัตรประจำวัน แต่กิจกรรมที่ย่างยาก ซับซ้อน เช่น จ่ายค่าสาธารณูปโภค เตรียมอาหาร หรือไปซื้อของ จะทำได้ไม่ดีเท่าเดิม หรืออาจใช้เวลามากขึ้น แต่ยังสามารถทำได้	ภาวะรู้คิด มากกว่า หนึ่งด้าน แย่ลง เมื่อเทียบกับ อายุ และ การศึกษา ของคนวัยเดียวกัน รบกวนการใช้ชีวิต การทำงาน ชัดเจน แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแล สุขอนามัย หรือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมได้บ้าง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิดบกพร่อง

แบบทดสอบที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่ แบบทดสอบ Abbreviated Mental Test (AMT) The Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) และ Montreal Cognitive

Assessment (MoCA) ซึ่งนิยมใช้ในโรงพยาบาลทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย^{19,22,23} อย่างไรก็ตาม ยังมีแบบคัดกรองหลายฉบับที่แปลและทดลองใช้ในประเทศไทยแล้ว แต่ละแบบทดสอบมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน แบบคัดกรองที่แพร่หลาย ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของแบบทดสอบภาวะรู้คิดบกพร่อง

แบบทดสอบ	ข้อดี	ข้อเสีย
Abbreviated Mental Test (AMT) มี 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด แต่ละข้อมี 1 คะแนน รวม 10 คะแนน ใช้ทดสอบ เรื่อง การรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ สมาธิ ความจำระยะสั้นและระยะยาว ¹	เป็นแบบสอบถามที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง ไม่มีการวาดรูป ใช้ในกลุ่มไม่รู้หนังสือได้	บางคำถามไม่เหมาะกับการทดสอบผู้สูงอายุในชนบท เช่น ถามถึงเหตุการณ์ 14 ตุลาคมเกิดขึ้นในปีใด ¹⁵
The Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) มี 11 ข้อ 30 คะแนน เป็นข้อคำถามปลายเปิด ทดสอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้นและการใช้ภาษา ¹⁶	มีการนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลกสามารถปรับใช้ได้กับทั้งผู้รู้หนังสือ หรือผู้ไม่รู้หนังสือ มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในฉบับภาษาไทย ¹⁶	ปัจจุบัน MMSE มีค่าลิขสิทธิ์ในการใช้แบบสอบถาม

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของแบบทดสอบภาวะรู้คิดบกพร่อง (ต่อ)

แบบทดสอบ	ข้อดี	ข้อเสีย
Modified IQCODE (Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) มี 32 ข้อ ดัดแปลงจากต้นฉบับมี 26 ข้อ เป็นการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบ ความจำ สติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ใช้ถามทั้ง ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ¹⁷	มีการทดสอบคุณภาพเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทย ได้ค่าความไว และจำเพาะที่สูงน่าเชื่อถือ	ข้อคำถามค่อนข้างมาก คำตอบอาจผิดพลาดหากไม่มีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลได้ เนื่องจากมีคำแนะนำว่า ผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้ดูแลที่อยู่ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ปี
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) มี 11 ข้อ 30 คะแนน เป็น การประเมิน ความตั้งใจ จดจำ สมาธิ การบริหารจัดการ (ความจำ (Memory ภาษา มิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) การรับรู้กาลเทศะ บุคคล (Orientation) ¹⁸	มีการใช้แพร่หลายในหลายประเทศ มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในฉบับภาษาไทย ¹⁸ และมีฉบับ MoCA Basic ที่เป็นภาษาไทยที่ปรับข้อคำถามให้เหมาะกับกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือ ¹⁹	บางข้อ ไม่เหมาะกับบริบทไทย เช่น ให้เรียกชื่อสัตว์จากภาพ สิงโต แรด อูฐ หรือ ฉบับ MoCA Basic เป็นมัลลาย นกยูง เสือ ผีเสื้อ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุอาจไม่รู้จัก เนื่องจากไม่ใช่สัตว์ประจำถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
The Thai version of the Mini Addenbrooke's Cognitive Examination (MACE-T) เป็นแบบทดสอบ 5 ข้อ 30 คะแนน วัดเกี่ยวกับ orientation, animal fluency, drawing of a clock, and learning and recalling of a name and address ²⁰	มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทย ได้ค่าความไว และ จำเพาะที่สูงน่าเชื่อถือ	ระดับการศึกษา อาจมีผลต่อการทำแบบสอบถาม
The Thai version of Mini-Cog เป็นแบบทดสอบ 2 ข้อ ถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ และวาดรูปนาฬิกา ²¹	เป็นแบบทดสอบที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง มีการใช้แพร่หลายในต่างประเทศ	ฉบับภาษาไทยยังไม่มี การทดสอบความไว และความจำเพาะ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน

เป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ในชุมชน คือ การที่พยาบาลมีสมรรถนะในการคัดกรอง และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI เพื่อการดูแลสื่อสารให้ความรู้ คำแนะนำหรือจัดกิจกรรมเพื่อชะลออาการหรือส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันเวลา รวมถึงส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด ทั้งนี้สิ่งที่พยาบาลควรบริหารจัดการ คือ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง (modification risk factors)²⁴ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโรคหรือภาวะแทรกซ้อน มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การเกิดภาวะ MCI และสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน (hearing loss)²⁵ หรือมีประวัติการใช้ยาในกลุ่ม anticholinergic medications เช่น ยาแก้แพ้ chlorpheniramine²⁴ ดังนั้นพยาบาลที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องมีความรู้ ชักประวัติโรคที่เกี่ยวข้อง และมีทักษะในการคัดกรองโรคและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI

จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้เขียน²⁶ พบว่า ในสภาพการณ์ปัจจุบัน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใน รพ. สต.ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ และไม่ค่อยได้ใช้แบบคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบในการประเมิน และหากพบความผิดปกติจะส่งมาให้คัดกรองต่อที่ รพ.สต. ซึ่งผู้เขียนได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลการคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องในฐานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี จำนวน 1518 คน เปรียบเทียบผลการคัดกรองที่ทำโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล พบว่า ผลการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างจากการประเมินโดยพยาบาลค่อนข้างมาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เชื่อมั่นในผลการคัดกรองที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน^{15,26} ดังนั้นจากผลการวิจัย จึงมีข้อเสนอแนะว่าการคัดกรองการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ควรคัดกรองโดย พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองการรู้คิด เพื่อความน่าเชื่อถือ และการยอมรับจากผู้สูงอายุในชุมชน^{15,22} ทั้งนี้การคัดกรองโดยพยาบาลชุมชน จะทำให้พยาบาลได้มีโอกาสสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมร่วมขณะคัดกรอง เช่น การไต่ถาม การเดิน การเคลื่อนไหว การมีสมาธิต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาของผู้เขียนเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า บทบาทของพยาบาลที่ควรได้รับการพัฒนามี 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้ในการใช้แบบคัดกรอง 2) ทักษะการคัดกรอง และ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการคัดกรอง พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะการคัดกรองเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของคำถาม และวิธีการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งการคัดกรองควรเกิดขึ้น ในสถานบริการที่เป็นห้องส่วนตัว เพราะการคัดกรองที่บ้าน ทำให้มีเสียงรบกวน อากาศร้อน และบางครั้งการมีสมาชิกในครอบครัวนั่งอยู่ด้วย ทำให้ผู้สูงอายุขาดสมาธิ อาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ ในขณะที่การคัดกรองในสถานบริการ ทำให้สามารถเตรียมแฟ้มประวัติ และเห็นข้อมูลผู้สูงอายุได้ครบถ้วนกว่าการไปประเมินที่บ้าน²⁶

2. ด้านจิตสังคม ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ยืนยันว่า อาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน จากภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เหนงา หลงผิด แยกตัว ไม่อยากเข้าสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะ MCI และสมองเสื่อม²⁷ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตรวจสอบประวัติการมีปัญหาด้านจิตสังคมร่วมด้วย และดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านจิตสังคม ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การทำกิจกรรมบำบัด การจัดให้มีกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย มีรายงานวิจัยจาก National Institute on Aging and the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ออกกำลังกายแบบแอโรบิก และเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ลักษณะการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การออกกำลังกายที่ไม่เน้นความหนักเกินไป แต่เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่อง ประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเต้นประกอบจังหวะ เป้าหมายคือ เพื่อให้หัวใจเต้นเป็นจังหวะติดต่อกัน ในระหว่างนั้นต้องมีการหายใจ เข้า ออกเป็นปกติ เพื่อให้หัวใจทำงานดี และปอดขยายตัว²⁸

3. ด้านวิถีชีวิต

พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI เช่น พยายามช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นโดยไม่รอพึ่งลูกหลานหากสามารถทำกิจกรรมนั้นได้เอง ฝึกคิด เล่นเกมส์ ลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง และหัวใจ เป็นต้น

การฝึกสมองด้วยกิจกรรมหลากหลาย ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการส่งเสริม และแก้ปัญหาพัฒนาการจำ และ การฝึกประมวลผลความคิดให้เร็ว^{22, 23, 29,30} ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยกระตุ้นการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงจัดทำแนวทางการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ด้วยโปรแกรมการฝึกสมอง

TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions) ซึ่งเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ฝึกความสนใจ ใส่ใจ 2. ฝึกความจำระยะสั้นและระยะยาว 3. กระตุ้นให้รับรู้ตำแหน่ง ทิศทาง และระยะห่างของวัตถุ และ 4. กระตุ้นการคิด ตัดสินใจและการบริหารจัดการ²⁹ ซึ่งผลการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยให้พยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ตามโปรแกรม TEAM V พบว่ากลุ่มทดลอง มีผลคะแนนประเมินศักยภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม²³

4. ด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะที่พยาบาลควรให้กับผู้สูงอายุ คือ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงแต่ย่อยง่าย เช่น น้ำมันปลา (fish oil) เนื้อปลา ธัญพืช ไข่ หรือ เนื้อไม่ติดมัน รับประทานผักผลไม้ ลดอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล เกลือ และไขมันอิ่มตัว ที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเสี่ยงต่อเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในที่สุด²⁴

นอกเหนือจากบทบาทการคัดกรองและดูแลจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ด้านแล้ว บทบาทสำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาล คือการสื่อสารให้สาธารณสุขชนได้รับทราบ เข้าใจ และนำไปปฏิบัติ โดย The National Institutes of Health, the Centers for Disease Control and Prevention ของสหรัฐอเมริกาได้ให้แนวทางการดูแลหลัก 3 เรื่อง เพื่อการป้องกันและชะลอภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้พัฒนาไปสู่การเป็นสมองเสื่อมให้ช้าที่สุด ได้แก่ 1. ควบคุมความดันโลหิตสูง 2. เพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายแบบแอโรบิก และ 3. ฝึกสมอง²⁸

บทสรุป

ภาวะ MCI เป็นพัฒนาการของผู้สูงอายุที่สมองปกติไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกที่สมองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเฉียบ ๆ โดยที่ตัวเองรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงแต่ผู้อื่นไม่ทราบ จนมาถึงระยะที่มีภาวะ MCI ที่การรู้คิดเปลี่ยนแปลงจนตัวเอง ครอบครัว และคนรอบข้างรู้สึกได้ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งหากระยะสำคัญนี้พยาบาลคัดกรองได้และจัดกิจกรรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมจะสามารถชะลออาการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมให้ช้าที่สุด เพราะหากมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ การรู้คิดจะถดถอยมาก รบกวนกิจวัตรประจำวัน จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลตลอดเวลา การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เพราะหากพยาบาลสามารถสังเกตอาการและคัดกรองเบื้องต้นได้เร็ว รวมทั้งส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติได้พบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างถูกต้องและทันเวลาในการช่วยเหลือ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแล ส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองนานที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การคัดกรองในช่วงเริ่มต้น เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการรู้คิด (cognitive decline) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงก่อนการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สำคัญมาก หากบุคลากรทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และสามารถคัดกรอง เพื่อการดูแล และส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางสุขภาพ ควรตระหนักต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และไม่เข้าใจผิด คิดว่า สมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

References

1. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Geriatric Screening and Assessment Tool Kit. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2015. (in Thai).
2. World Health Organization. Evidence profile: cognitive impairment in integrated care for older people (ICOPE) Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-cognitive.pdf?ua=1>. 2017
3. Gillis C, Mirzaei F, Potashman M, Ikram MA, Maserejian N. The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. *Amsterdam :Alzheimer's & Dementia* 2019;11:248-56.
4. Taylor CA BE, McGuire LC, . Subjective Cognitive Decline Among Adults Aged ≥ 45 Years United States, 2015-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67(27):753-7.
5. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius T, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2018;90(3):126-1335.
6. Prasartkul P, Vapattanawong P, Rittirong J, Chuanwan S, Kanchanachitra M, Jaratsit S, et al. The Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI); 2017 (in Thai)
7. Rattanawat W, Nakawiro D, Visajan P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Pre-Retirement Period of Hospital Staff. *Journal of Psychiatry Association Thailand* 2018;63(1):55-64. (in Thai)
8. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12(1):59-64.
9. Tiyananit C, Tangwongchai S, Champaiboon J. Prevalence and fall risk in mild cognitive impairment and dementia at outpatient clinics, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2018;62(5):799-813.
10. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine* 2014;275(3):214-28.
11. Butchart S, Donaldson M, Reichelt K. What is mild cognitive impairment (MCI)? England, Wales and Northern Ireland: Alzheimer's Society; 2019.
12. Petersen RC. How early can we diagnose Alzheimer disease and is it sufficient? The 2017 Wartenberg lecture. *Neurology*. 2018.
13. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox N C., et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute

- on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association* 2011;7(3):270-9.
14. Knopman DS, Petersen RC. Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clinic proceedings* 2014;89(10):1452-9.
 15. Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Ploutz-Snyder R, Potempa K. Does the abbreviated mental test accurately predict cognitive impairment in Thai older adults? : a retrospective study. *Pacific Rim International of Nursing Research* 2021;25(1):23-33.
 16. Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health. Medical technology assessment: a comparison of Mini-mental State Examination-Thai (MMSE Thai) 2002 and Thai Mini-mental State Examination (TMSE) for screening older persons with dementia. Nonthaburi: Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand 2008. (in Thai)
 17. Siri S OK, Chansirikanjana S, Kitayaporn D, Jorm AF. Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2006;37(3):587-94.
 18. Tangwongchai S, Phanasathit M, Charernboon T, Akkayagorn L, Hemrungronj S, Phanthumchinda K. et al. The validity of Thai version of the Montreal cognitive assessment (MoCA-T). IPA 2009 International Meeting (IPA Rio). 2009.
 19. Julayanont P, Tangwongchai S, Hemrungronj S, Tunvirachaisakul C, Phanthumchinda K, Hongsawat J, et al. The montreal cognitive assessment-basic: a screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(12):2550-4.
 20. Charearnboon T. Diagnostic accuracy of the Thai version of the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination as a mild cognitive impairment and dementia screening test. *Psychogeriatrics.* 2019; 19(4):340-4.
 21. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International* 2015;15(5):594-600.
 22. Kansri J, Yotthongdi N, Booranarek S. The effects of the brain exercise program applying neurobic exercise theory on depression among older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(3):65-75. (in Thai)
 23. Apichonkit S, Narenpitak A, Mudkong U, Awayra P, Pholprasert P, Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive function's improvement program in elderly MCI patients of primary care unit network of Udonthani Hospital. *Udonthani* 2019;27(2):138-49. (in Thai)
 24. Hope K. Role of nurses in addressing modifiable risk factors for early Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Br J Nurs* 2020;29(8):460-9.
 25. Jafari Z, Kolb BE, Mohajerani MH. Age-related hearing loss and tinnitus, dementia risk, and auditory amplification outcomes. *Ageing Res Rev* 2019;56:100963.

- 26 Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Ploutz-Snyder R, Potempa K, Chantarasena N, Sinchareonlert W, et al. The Outcome of cognitive screening administration development among older adults in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(3):99-114. (in Thai).
- 27 Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of non-pharmacological interventions to treat behavioral disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series, BMJ Open.2017, e012759.
- 28 National Institute on Aging and the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Preventing cognitive decline and dementia : A way forward. Washington DC : The National Academies Press.2017.
- 29 Nakawiro D, Chansirikan S, Srisuwan P, Abthaisong O, Sudsakorn P, Witayajak J,et al. Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive disorder. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2017;62(4): 337-48.
30. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of a brain function promoting program on cognitive function and dementia prevention behaviors for older adults. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):34-45. (in Thai).

บทความวิชาการ

การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

Nursing Care by Using Patient- and Family- Centered: The Dimension for the Elderly Care

Received: Jul 23, 2020
Revised: Nov 1, 2020
Accepted: Nov 17, 2020

ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (DOUNGNETRE THUMMAKUL, Ph.D.)¹
กัลยารัตน์ อนนทรัตน์ ค.ด. (KALAYARATH ANONRATH, Ed.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งมีความเหมาะสมกับยุคที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามลำดับของความสำคัญและคุณค่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ

วัตถุประสงค์: บทบาทของพยาบาลในมิติของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต้องมี 1) ความรู้ครอบคลุมในศาสตร์ของการพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลผู้สูงอายุ 2) ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้สูงอายุ 3) ให้ความรู้ครอบครัวและผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบป่วยในผู้สูงอายุ (Geriatric giants หรือ Geriatric syndrome) 4) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายครอบครัวเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 5) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น 6) ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างเป็นระบบเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ และ 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ครอบครัว มิติการดูแลผู้สูงอายุปกติ หรือที่มีโรคประจำตัว

ประเด็นสำคัญ: พยาบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว พัฒนาสุขภาพความเจ็บป่วย และการป้องกันโรค สำหรับมิติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและเกิดภาวะวิกฤตที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในทุกระยะของการดูแล

สรุป: พยาบาลควรส่งเสริมความแข็งแกร่งของครอบครัวและผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล และพัฒนาสุขภาพความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวที่มีบุคคลอาศัยอยู่หลายช่วงวัย หากมีคนป่วยย่อมส่งผลต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในครอบครัวได้

¹ Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: doungetre_thu@dusit.ac.th

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร E-mail: kalayarath@gmail.com

¹ Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

ข้อเสนอแนะ: การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีปัญหาซับซ้อนที่พยาบาลต้องใช้กลยุทธ์และความรับผิดชอบในการดูแลด้วยความใส่ใจ และให้ความสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย ป้องกัน ส่งเสริมและบริหารจัดการสุขภาพให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่รอดและใช้ชีวิตในขณะเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, การพยาบาล, ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: Patient-and-family-centered care is a principle that emphasizes patients and their families, which is appropriate to current society with many elderly people. It promotes family participation in caring which benefit the patient by letting them prioritize things and values in their own way.

Objectives: Nurses' roles in patients-and-family centered care are as followed: 1) be knowledgeable in family nursing and elderly nursing; 2) be able to apply nursing process to care plan, implement care plan, and evaluate nursing care, especially, the involvement of family and patient; 3) be able to inform family and patient about how to watch out and practice when general or specific problematic symptoms emerge (Geriatric Giants or Geriatric syndrome); 4) be able to promote family network to share information and other benefits; 5) be able to develop family- centered care to respond to changes of the complicated patients' families. 6) be able to cooperate with multidisciplinary team to mutually solve problems and achieve the ultimate benefits toward caring for elder; and 7) be able to enhance family strength.

Key issues: To take care of healthy elders or elders with underlying diseases, nurses should emphasize health promotion for elders and their families, illness rehabilitation and disease prevention. For elder patients with chronic diseases and required care from family throughout care period,

Conclusions: nurses should promote family strength and emphasize the ability of elders and their families in response to medical care and illness rehabilitation. However, in family with members of various age ranges, in case there is one gets ill, it will affect other family members.

Implications: Therefore, family-centered care has many challenges that nurses will have to use strategies and be responsible in caring and emphasize patient evaluation, prevention, support and manage healthcare to be consistent with illness condition. The utmost goal is to keep the elderly alive and live happily when receiving treatment.

Keywords: patient-and family-centered, nursing care, elderly

บทนำ

การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ถือกำเนิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 จากการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล โดยกุมารแพทย์และทีมการพยาบาลเริ่มตระหนักว่าเด็กที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานต้องแยกจากครอบครัว เกิดผลเสียด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก นโยบายของโรงพยาบาลต่าง ๆ เริ่มเปลี่ยนจากการไม่อนุญาตให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองมาเฝ้าเด็กป่วยในโรงพยาบาล เพราะกลัวเกิดการติดเชื้อ มาส่งเสริมสนับสนุนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครอบครัวเข้าเยี่ยมอยู่กับเด็ก และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อป้องกันเด็กเกิดภาวะทุกข์โศกทางอารมณ์ (emotional distress) จากการนอนป่วยในโรงพยาบาล แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในบริบทของการดูแลเด็ก สนับสนุนให้เด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล และรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย ที่เกิดจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาล¹ อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ได้มีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและต้องการการพึ่งพาที่มากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงไปสู่การดูแลผู้ป่วยระยะยาวเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากต้องมีการเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง หลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับจึงควรให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ² และนำแนวคิดการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ ช่วยให้ทีมงานสุขภาพและชุมชนได้ประสานงานและทำงานผ่านการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์แบบเฉียบพลัน³⁻⁴ ได้มีการนำแนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (delirium) สามารถเฝ้าอำวยต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความใส่ใจต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น และครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

ช่วงเวลาที่ผ่านมามีจุดเน้นของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอยู่ที่การให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเสริมพลัง ร่วมแรงร่วมใจกันในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ ต่อมาจุดเน้นได้เพิ่มไปที่การใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ซึ่งพบว่าการมีจุดเน้นที่ใช้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชนและทีมสุขภาพ³⁻⁶ นอกจากนี้ระบบครอบครัวขยายเป็นสิ่งสำคัญในยุคที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ระบบครอบครัวขยายที่เข้มแข็งจะช่วยให้มุมมองของเด็ก ๆ ในครอบครัวเกี่ยวกับวัยชราเป็นไปในทางบวก และการที่ครอบครัวมีหลายช่วงวัย ช่วยส่งผลทางบวกต่อมุมมองของเด็กต่อผู้สูงอายุ⁷ และสามารถปลูกฝังวัฒนธรรมการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้

สถาบันการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute for patient-and family-centered care)⁸ ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่า เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งมอบและการประเมินผลการดูแลสุขภาพที่มีประโยชน์ บนพื้นฐานความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันของคนทุกช่วงวัยในการดูแลสุขภาพตามบริบท จึงเกิดความมั่นใจได้ว่าการดูแลสุขภาพนั้นได้ตอบสนองตามสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย จากการศึกษารายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สี่ของประชากรผู้สูงอายุ โดยช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศทางยุโรปพบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนก้าวเดินต่อสัปดาห์ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดจากสภาพแวดล้อมที่ถูกควบคุม โดยลดลงอย่างมากตั้งแต่ ร้อยละ 7.00 ถึงร้อยละ 38.00 ระหว่างวันที่ 15 ถึง 22 มีนาคม พ.ศ. 2563⁸ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวและทีมสุขภาพจะต้องระลึกไว้ว่าทีมสุขภาพควรเน้นให้ครอบครัวกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

สถาบันการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในประเทศสหรัฐอเมริกา มีแนวคิดหลักสำหรับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางอยู่ 4 แนวคิด ได้แก่ 1) ศักดิ์ศรีและความเคารพ (dignity and respect) ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพต้องรับฟังและให้เกียรติผู้ป่วยและทางเลือกของครอบครัว ในการวางแผนและให้การดูแล รับรู้ค่านิยมความเชื่อและภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การแบ่งปันข้อมูล (information sharing) ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพต้องสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่สมบูรณ์ ทันเวลา ครบถ้วนและถูกต้อง ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การมีส่วนร่วม (participation) ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในสิ่งที่พวกเขาเลือก และ 4) การทำงานร่วมกัน (collaboration) ผู้ป่วย ครอบครัว ทีมดูแลสุขภาพ และผู้นำทีมควรร่วมมือกันในการวางแผน เป้าหมาย ดำเนินงาน และประเมินผล ค้นหาและออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งมอบการดูแลสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ประเด็นในการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระลึกเสมอว่าครอบครัวเป็นส่วนประกอบหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ 2) ต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือเชิงวิชาชีพของทีมสุขภาพในการดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือของครอบครัว 3) ให้เกียรติต่อทุกเชื้อชาติ จริยธรรม วัฒนธรรม และความหลากหลายทางสังคม เศรษฐฐานะของทุกครอบครัว 4) ตระหนักถึงความเข้มแข็งและความเป็นปัจเจกของครอบครัว รวมทั้งยอมรับความแตกต่างในการเผชิญปัญหาของแต่ละครอบครัว 5) แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเต็มที่ ต่อเนื่อง และปราศจากอคติกับครอบครัว 6) ส่งเสริมและช่วยเหลือให้เกิดเครือข่ายและสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัว 7) ตอบสนองความต้องการตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ 8) ใช้นโยบายและการปฏิบัติที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและอารมณ์แก่ครอบครัว และ 9) ออกแบบการดูแลสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องตามวัฒนธรรม และตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว

มีนักวิชาการหลายท่านสนใจศึกษาแนวคิดการพยาบาลครอบครัว เพราะเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีครอบครัว และแยกจากครอบครัวได้ยาก พร้อมทั้งเสริมแรงสนับสนุนและสร้างเครือข่ายให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันจะพบครอบครัวเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง ต้องใช้ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างมา หรือส่งผู้สูงอายุไปอยู่ในสถานรับดูแล แต่ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ครอบครัวและผู้สูงอายุยังคงแยกจากกันไม่ได้ หากพยาบาลสามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และให้ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของครอบครัวเป็นไปได้ดี เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว สามารถแก้ปัญหา ปรับตัวต่อภาวะวิกฤติและความเครียด โดยมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้คงไว้ซึ่งความสำคัญของครอบครัวตามความเชื่อ การปฏิบัติตน และการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเกิดมิติที่ดีงามและเอื้อประโยชน์ต่อความเข้มแข็งของครอบครัวได้¹⁰⁻¹¹ ซึ่งเมื่อครอบครัวสามารถผ่านวิกฤตต่าง ๆ ไปได้ดี การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางย่อมเกิดความสำคัญ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อผู้สูงอายุได้

ผู้สูงอายุไทยกับการดูแลของครอบครัว

จากการที่ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งความเสี่ยงในระบบต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุด

ปัจจุบันครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้พบ

ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.80 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.00 ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังจะมีเพียงส่วนน้อยของประเทศ แต่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 89.20 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับสมาชิกอื่น ๆ ในครัวเรือน เช่น อยู่กับคู่สมรส บุตร/พี่/น้อง/ญาติ ผู้ดูแล¹² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากลำบาก การศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และมีรายได้น้อย อย่างไรก็ตามเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนมาจากบุตรและเครือญาติ ถึงร้อยละ 68.70¹³ ครอบครัวจึงเป็นศูนย์กลางการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจ ผูกพัน เป็นแหล่งสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจซึ่งกันและกัน ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเปราะบางทางสุขภาพ หรือในวาระสุดท้ายของสมาชิกครอบครัว¹⁴ โดยความต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล และการตอบสนองการทำงานประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การแก้ปัญหาอาการทางกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะอาดสบาย และปลอดภัย การไปรับการรักษาตามนัด หรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงต้องการเพื่อนคุย¹⁵ ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุไทย

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติในการดูแล

เมื่อบริบทในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องครอบคลุมการดูแลครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย พยาบาลจึงต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และต้องมีความรู้และทักษะตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ จึงขอวิเคราะห์บทบาทการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

บทบาทการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ต้องอยู่ลำพังมากขึ้น ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและต้องได้รับการพัฒนาเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพในการป้องกัน เสริมสร้าง และฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง ทั้งที่มีสุขภาพดี มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน โดยตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การออกกำลังกาย เน้นเรื่องของการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินโดยอาจแบ่งอยู่ในกิจกรรมประจำวัน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ รับประทานอาหาร เคี้ยวง่าย หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัวเพื่อป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือถูกละเลยความสำคัญ การได้พบปะกับผู้อื่นในวัยใกล้เคียงกัน จะช่วยให้ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้มีความนับถือในตัวเอง ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแนวทางการจัดกิจกรรมทางสังคมควรจะมีหลากหลายและสามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้¹⁶ นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อในผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Geriatric giants หรือ Geriatric syndrome โดยเกิดได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการชราภาพของร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาต่าง ๆ และความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถดถอยลง ซึ่งกลุ่มอาการที่พบบ่อในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ปัญหาในการทรงตัว และการหกล้ม อาการมึนงงเวียนศีรษะ ปัญหาการมองเห็น และการได้ยิน และภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น ดังนั้นบทบาทการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงลดลง และต้องการการพึ่งพาจากครอบครัวหรือบุคลากรที่มีสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ อารมณ์ และจิตใจที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ¹⁷ โดยครอบครัวจำเป็นต้องค้นหาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ญาติพี่น้อง

บุตรหลาน ผู้ดูแลเอง เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันร่วมกันกับผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ตรวจสอบข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผลกระทบต่างๆ จึงกล่าวได้ว่าครอบครัวมีบทบาทในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินสังเกตอาการ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา และแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดการเรื่องอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมและการป้องกันอุบัติเหตุ การสร้างสัมพันธภาพทั้งกับผู้สูงอายุและบุคคลอื่น และการผ่อนคลายความเครียด¹⁵ อีกทั้งจะต้องมีความรู้เพื่อเฝ้าระวังเมื่อเกิดกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Geriatric giants หรือ Geriatric syndrome นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม¹⁸ ดังนั้นครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถช่วยเยียวยาสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี หากมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่ดีจะทำให้เกิดความสิ้นหวังมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

บทบาทหลักของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุไทย โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการดูแลให้การพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพกายใจเจ็บป่วยให้กลับมามีสุขภาพเดิมหรือให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายสำคัญ คือการช่วยเหลือครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ดังนั้นจะกล่าวถึงบทบาทพยาบาลในมิติการดูแลผู้สูงอายุปกติ หรือที่มีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะวิกฤต

บทบาทพยาบาลในมิติการดูแลผู้สูงอายุปกติ หรือที่มีโรคประจำตัวโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญในประเด็นของการส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวและผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วย และการป้องกันโรค พยาบาลจะต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันกับครอบครัว โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน ให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นกระบอกเสียงพิทักษ์ผลประโยชน์ให้ครอบครัวและผู้สูงอายุ

สำหรับบทบาทพยาบาลในมิติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะวิกฤต ที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในทุกระยะของการดูแล พยาบาลต้องสนับสนุนครอบครัวในการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือของครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และประเมินผลการดูแล ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary) เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลควรประเมินความพร้อมของครอบครัว หากครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมทั้งเรื่อง เงิน สิ่งของ และเวลาที่ไม่สามารถตอบสนองคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง โดยพยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถ เกี่ยวกับ 1) การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบของครอบครัว มีการวางแผนการพยาบาล โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ 2) การป้องกันภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวดูแลการเจ็บป่วยขั้นต้นได้ 3) สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว 4) ประสานและส่งต่อกับพยาบาลในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และ 5) ส่งเสริมทางด้านจิตใจให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตได้^{3, 11, 19}

มิติในการดูแลผู้สูงอายุที่พยาบาลใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลนั้น ปรากฏในผลงานวิชาการจำนวนหลายเรื่อง โรงพยาบาล Saint Joseph ปารีส ประเทศฝรั่งเศส ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่า ครอบครัว

และบุคลากรทีมสุขภาพที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว²⁰ ผลการศึกษาความรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักถึงความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในประเทศไอร์แลนด์ พบว่าพยาบาลมีความรู้ที่ดีมากทราบถึงความต้องการของครอบครัว และสามารถสอดแทรกการพยาบาลและให้การสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพต่อความต้องการนั้น²¹ การเกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตในผู้สูงอายุกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และทำให้ต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลที่ประยุกต์ใช้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่สำคัญทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัวได้²² ในผู้สูงอายุที่มีการกลืนลำบาก ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและอารมณ์ที่ก้าวร้าวขึ้นในผู้ดูแล หากพยาบาลหรือทีมสุขภาพสามารถประเมินสถานะผู้สูงอายุที่อาการกลืนลำบากได้ในระยะเริ่มต้นจะช่วยลดภาระการดูแลในครอบครัวได้²³ อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ไม่มีนวัตกรรมที่รองรับและช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้รีโมทควบคุมการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม หุ่นยนต์ช่วยเตือนให้รับประทานยา การใช้กล้องตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นต้น การสร้างผลิตภัณฑ์และบริการใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอยู่ในระยะพัฒนานวัตกรรมและผู้ดูแลอยากได้นวัตกรรมเหล่านั้น แต่เขาอาจไม่ทราบว่ามีความนวัตกรรมที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกิดขึ้น²⁴ ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่พยาบาลควรสื่อสารถึงเรื่องนวัตกรรมใหม่ ๆ ให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มากขึ้น

จากประสบการณ์ที่ดูแลผู้สูงอายุจะพบความแปรปรวนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพและมีความต้องการการพึ่งพาที่มากขึ้น ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมีความหนักเบาตามเหตุของโรคที่เกิดขึ้น และอาจเกิดจากภาวะเรื้อรัง วิกฤตและฉุกเฉินได้ ครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หากครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลโดยมีทีมพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม และ

สร้างเครือข่ายเสริมหนุนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะลดปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุลงได้ เช่น การมีกิจกรรมทางกายก่อนและหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งปอดและระบบทางเดินอาหาร จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีภายหลังการผ่าตัด ทั้งนี้พยาบาลควรมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายหรือฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ครอบครัวเป็นตัวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้²⁵ ดังนั้นบทบาทของพยาบาล และทีมสุขภาพ จึงสามารถพัฒนาครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้การรับรู้ของครอบครัวมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยดีขึ้นจากการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย²⁶⁻²⁷ นอกจากนี้เป็นความต้องการอย่างเร่งด่วนของการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยลดช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ²⁸⁻²⁹ สถาบันการศึกษาควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการศึกษาทางการพยาบาล ในการสนับสนุนให้นักศึกษาเกิดความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลให้ใช้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากกว่าจะเน้นที่โรคของผู้ป่วย มุ่งเน้นทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล³⁰

จากการศึกษาบริบทครอบครัวและผู้สูงอายุ สามารถสรุปแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้และแนวทางการนำไปใช้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การให้การพยาบาลจะต้องมีความรู้ครอบคลุมในศาสตร์ของการพยาบาลครอบครัว และการพยาบาลผู้สูงอายุ รอบรู้ในบริบทของครอบครัวและผู้สูงอายุ
2. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และผู้สูงอายุ
3. ให้ความรู้ครอบครัวและผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะ

หรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า Geriatric giants หรือ Geriatric syndrome

4. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายครอบครัว เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

5. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว และผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น หากเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือมีโรคประจำตัว พยาบาลต้องส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวและผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วย และการป้องกันโรค หากเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะวิกฤต ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในทุกระยะของการดูแล พยาบาลต้องสนับสนุนครอบครัวในการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือของครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และประเมินผลการดูแล

6. ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างเป็นระบบ เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

7. การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ครอบครัว โดยการเยี่ยมตรวจ จัดการสนับสนุน ให้กำลังใจ อำนวยความสะดวก มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเรื่องการดูแลโดยใช้ผู้ป่วย

และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการศึกษาที่หลากหลายบริบททั้งในทุกช่วงวัยของชีวิต เพราะในครอบครัวจะมีบุคคลอาศัยอยู่หลายช่วงวัย ซึ่งไม่สามารถแยกบุคคลใดบุคคลหนึ่งออกจากครอบครัวได้ หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งป่วย ย่อมส่งผลต่อบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในครอบครัวได้ การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤต เจ็บป่วยและเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ดังนั้น การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีปัญหาซับซ้อนหลายอย่างที่พยาบาลจะต้องมีกลยุทธ์ในการดูแลรับมือขอมากขึ้นด้วยความใส่ใจ และให้ความสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและบริหารจัดการให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย จะทำให้การดูแลมีคุณภาพและทำให้ผู้ป่วยรอดมีชีวิตได้และใช้ชีวิตในขณะที่เจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่หลากหลาย และเป็นวิธีการที่สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ¹¹ ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีมุมมองที่มีใจสนใจเฉพาะปัญหาของผู้ป่วย แต่ต้องสนใจปัญหาของสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงจะทำให้มีมติในการดูแลผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลสามารถที่จะช่วยเหลือให้ครอบครัวปรับตัวผ่านภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ โดยการให้ความสนใจ ใส่ใจ สังเกต และใช้วิธีการเข้าถึงแต่ละครอบครัวด้วยวิธีที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละครอบครัว ซึ่งแน่นอนว่าด้วยมาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสืบไป

References

1. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: the implementation gap. *International Journal of Nursing Sciences* 2020;7:74-80.
2. Kokonya A, Fitzsimons V. Transition to long-term care: preparing older adults and their families. *Medsurg Nursing* 2018;27(3):143-8.
3. Warner G, Stadnyk R. What is the evidence and context for implementing family-centered care for older adults?. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2014;32(3):255-70.
4. Moyle W, Bramble M, Smyth W, Beattie E. 'They rush you and push you too much . . . and you can't really get any good response off them': a qualitative examination of family involvement in care of people with dementia in acute care. *Australasian Journal on Ageing* 2016;35(2): E30-E34.
5. Rosenbloom-Brunton DA, Henneman EA, Inouye SK. Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2010;36(9):22-33.
6. Chun-Gill K, Soon KM, Hee LY. Experiences of family caregivers utilizing care support of dementia center. *Korean Journal of Adult Nursing* 2018;30(3):314-24.
7. Sacan S, Adibelli D, Akyil RC. Old age from children's perspective. *Children and Youth Services Review* 2020;109:104714.
8. Institute for patient- and family-centered care. What is patient- and family-centered care?. [Internet]. 2020 [cited 2020 April 1] Available from <https://www.ipfcc.org/>.
9. Aubertin-Leheudre M, Rolland Y. The importance of physical activity to care for frail older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020; Journal Pre-proof, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.022>.
10. Jong-udomkarn D. Family practice nurse: Competency and experience in teaching and learning management. Document for academic conference "Innovative development for advanced nursing practice for family nurses"; 2010 June 17-18; Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
11. Park M, Giap TT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies* 2018;87:69-83.
12. National Statistical Office. Press conference "What does statistics tell? Elderly present and future". Bangkok: Public relations news, National Statistical Office; 2018. (in Thai)
13. Pradubmuk-Sherer P, Wongyai N, Chareensukploypol B. Social protection network: social immunity for the elderly. Department of Social and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University; 2014. (in Thai)

14. Wright LM, Leahey M. Nurse and families: A guide to family assessment and intervention (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis; 2009.
15. Phalasuek R, Thanomchayathawatch B. A family model for older people care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(3):135-50. (in Thai)
16. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Elderly health. Nonthaburi: War Veterans Organization of the House; 2019. (in Thai)
17. Gadudom P, Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(3):300-10. (in Thai)
18. Yotthongdi N, Sunthornchaiya R. Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(1):29-39. (in Thai)
19. Namjuntra R. Patient and family-centered care: a challenging health service model. Journal of the Nursing Council 2009;24(1):5-10. (in Thai).
20. Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit J, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. Journal of Critical Care 2010;25:634-40.
21. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. Intensive and Critical Care Nursing 2011;27:263-72.
22. Safak T, Emektar E, Safak Y, Kan E, Corbacioglu SK, Cevik Y. Comparison of social supports for geriatric patients admitted to emergency department for trauma and medical reasons. Turkish Journal of Emergency Medicine 2019;19: 96-9.
23. Namasivayam-MacDonald AM, Shune SE. The influence of swallowing impairments as an independent risk factor for burden among caregivers of aging parents: a cross-sectional study. Geriatric Nursing 2020;41:81-8.
24. Andruszkiewicz G, Fike K. Emerging technology trends and products: How tech innovations are easing the burden of family caregiving. Journal of the American Society on Aging 2016;39(4): 64-8.
25. Sun V, Raz DJ, Kim JY, Melstrom L, Hite S, Varatkar G, et al. Barriers and facilitators of adherence to a perioperative physical activity intervention for older adults with cancer and their family caregivers. Journal of Geriatric Oncology 2020;11:256-62.
26. Jewpattanakul Y. Family nursing. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2016. (in Thai)

27. Nichols A. The impact of the clinical environment on family centred care in the neonatal unit: A qualitative investigation. *Journal of Neonatal Nursing* 2014;20(5):230-5.
28. Fulmer T. A retrospective/prospective on the future of geriatric nursing. *Geriatric Nursing* 2020;41(1):29-31.
29. Burggraf V Mueller C. Visionaries in geriatric nursing: a legacy for the future. *Geriatric Nursing* 2020;41:7-13.
30. Fongkerd S, Himananto S, Tantalanukul S. Family-centered care: From theory to practice for end of life care of critical patients in intensive care unit based on Thai context. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2016;27(Suppl):170-8. (in Thai)

บทความวิชาการ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน
ในยุคความปกติใหม่

Nursing Teaching and Learning Management with Blended Learning in New Normal Era

อารี ชิวเกษมสุข ปร.ด. (Aree Cheevakasemsook, Ph.D.)¹

Received: Sep 7, 2020
Revised: Oct 25, 2020
Accepted: Nov 17, 2020

บทคัดย่อ

บทนำ: ในยุคความปกติใหม่ทุกคนต่างมีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากอดีตเป็นรูปแบบใหม่โดยต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม เนื่องมาจากการระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถทำนายได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้การเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนจากการสอนแบบเผชิญหน้าเป็นการเรียนรู้แบบผสมผสานซึ่งมีวิธีการเรียนรู้ทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ซึ่งเอื้ออำนวยให้การจัดการเรียนการสอนเกิดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เป็นไปตามที่ต้องการได้โดยใช้ห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมและช่วยให้ผู้เรียนตื่นตัวมากขึ้น เสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 มีวิธีการสอนหลากหลายอย่างสร้างสรรค์ และใช้กระดานขดลง

วัตถุประสงค์: บทความนี้มีวัตถุประสงค์กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่

ประเด็นสำคัญ: บทความกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของยุคความปกติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล รวมทั้งแนวคิด ประโยชน์ การประยุกต์ใช้ และกรณีศึกษาของการใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

สรุป: ดังนั้น การเรียนรู้แบบผสมผสานเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ทางการพยาบาลในยุคความปกติใหม่ซึ่งมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียวได้

ข้อเสนอแนะ: อย่างไรก็ตาม แม้การเรียนรู้วิธีนี้จะมีข้อดีหลายประการ แต่ทั้งผู้สอนและผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การสื่อสารแบบออนไลน์ และความยืดหยุ่นการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ปลอดภัยจากการระบาดของเชื้อโควิด-19

คำสำคัญ: การจัดการ, การเรียนการสอน, การพยาบาล, การเรียนรู้แบบผสมผสาน, ยุคความปกติใหม่

¹Corresponding author, รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: areecheeva@gmail.com
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

Abstract

Introduction: In the new normal era, everyone lives his life in different ways from the past because of the necessity for social distancing due to the COVID-19 pandemic. This pandemic continues to last, and it is unpredictable when it will end. This change affects nursing teaching and learning at both undergraduate and graduate levels as well as professional nurses' competence development. The change also results in the necessity to transform face-to-face learning into blended learning, which comprises both face-to-face and online learning. Blended learning can help facilitate achievement of expected learning outcomes through effective classroom teaching, better prepare learners and improve learners' enthusiasm, enhance 21th century skills, promote a variety of creative teaching strategies, and use less paper.

Objectives: This article aims to illustrate nursing teaching and learning via blended learning in this age.

Key issues: This teaching and learning style starts with describing how changes in the new normal era affected nursing teaching and learning, through to defining the blended learning concept, analyzing its advantages and applications, and depicting a case study of nursing teaching and learning management with this strategy.

Conclusions: Blended learning has become a suitable teaching and learning method in the present time when there are limitations on the usual solely face-to-face teaching and learning approach.

Implications However, even though this learning style provides several benefits, both teachers and learners should improve their capabilities in information and communication technology; online communication; and flexible teaching and learning management for safety purposes during the COVID-19 pandemic.

Keywords: management, teaching and learning, nursing, blended learning, new normal era

บทนำ

ในยุคความปกติใหม่ที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นวงกว้างไปหลายประเทศ ทำให้สังคมโลกได้รับผลกระทบทั้งด้านพฤติกรรมและกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ โดยประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบต้องออกมาตรการตามที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ประชาชนปฏิบัติตัว เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อโควิด-19 โดยล้างมือบ่อย ๆ ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านหรือพบปะผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า จมูก และปาก ให้ลดการเข้าสังคมหรือออกจากบ้านโดยไม่จำเป็น ยึดปฏิบัติต่อกันโดยการเว้นระยะห่างทางสังคม ไม่จับมือหรือกอดทักทายกัน ไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน รวมทั้งให้คอยสังเกตอาการของตนเอง¹ นอกจากผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น การดำเนินงานของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินธุรกิจการคมนาคม การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การเรียนการสอน การบริการสุขภาพ เป็นต้น เช่นเดียวกับการเรียนการสอนทางการแพทย์ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนานักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่มีการเปลี่ยนแปลงในยุคความปกติใหม่ได้

แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) เป็นแนวคิดที่มีการบูรณาการการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ไว้ด้วยกัน ทำให้แนวคิดการเรียนรู้นี้กลายเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในยุคความปกติใหม่ที่จะเอื้ออำนวยให้การเรียนรู้ของผู้เรียนทุกระดับทุกวิชาชีพดำเนินไปได้ เนื่องจากการเรียนรู้รูปแบบนี้มีองค์ประกอบทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ (online) จึงทำให้สามารถสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการเรียนรู้ วิธีการสอนและการเรียน สื่อการเรียนรู้ ช่องทางการเรียนรู้ การสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเป็นไปในลักษณะที่มีความยืดหยุ่น หลากหลาย ทันสมัย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างมากของเทคโนโลยีดิจิทัล² รวมทั้งสอดคล้องกับการหลีกเลี่ยงการเรียนการสอนทางการแพทย์แบบเผชิญหน้าจากการระบาดของเชื้อโควิด-19 บทความนี้ผู้เขียนจะได้นำกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในยุคความปกติใหม่ ผลกระทบของยุคความปกติใหม่ต่อการ

จัดการการเรียนการสอนทางการแพทย์ แนวคิดของการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่ ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน การประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานในการจัดการศึกษาทางการแพทย์ และกรณีศึกษาของการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์โดยใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานตามลำดับต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงในยุคความปกติใหม่

ท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ในยุคศตวรรษที่ 21 เดือนธันวาคม 2562 ก็เกิดโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในสาธารณรัฐประชาชนจีน ในเวลาต่อมาเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ก็มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ไปหลายประเทศอย่างกว้างขวางทั่วโลก³ จนทำให้โลกเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่รูปแบบการดำเนินชีวิตของมนุษย์แปรเปลี่ยนไปจากอดีต พฤติกรรมของคนในสังคมซึ่งคุ้นเคยเป็นปกติในอดีตเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้ประชากรทั่วโลกให้เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และมีมาตรการการควบคุมและป้องกันการระบาดของเชื้อโควิด-19⁴ วิกฤติของโควิด-19 ก่อให้เกิดโลกที่มีจิตสำนึกใหม่ (New consciousness world) สรุปเป็น 7N⁵ ดังนี้

1. จิตสำนึกใหม่ (New consciousness) โดยจิตสำนึกของมนุษย์หลุดออกจากภาวะเดิมที่คับแคบไปสู่จิตสำนึกที่กว้างใหญ่มากขึ้นจากการได้เห็นทุกสิ่งทุกอย่างในโลกถูกกระทบกระเทือนจากไวรัสตัวเล็ก ๆ เพราะมองเห็นว่าสรรพสิ่งในโลกนี้ต่างเชื่อมโยงถึงกันหมด

2. การรับรู้ใหม่ (New perception) โดยมีการรับรู้ว่า สรรพสิ่งในโลกและมนุษย์ทุกคนต่างอยู่กันแบบสัมพันธ์ เป็นหนึ่งเดียวแบบองค์รวมเหมือนเป็นร่างกายเดียวกัน การรับรู้นี้แตกต่างจากเดิมที่มีการรับรู้แบบแยกส่วน และเป็นต้นเหตุที่ทำให้โลกเสียสมดุล เกิดความเสียหายและความรุนแรงในโลกยุคเก่า

3. วิธีคิดใหม่ (New thinking) วิธีคิดเก่าเป็นความคิดแบบแยกส่วนซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายหรือส่งผลกระทบต่อส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง การแยกส่วน

ทำให้ขาดบูรณาภาพและเสียสมดุลภาพอย่างไม่รู้ตัว แต่ในยุคนี้เกิดวิธีคิดใหม่คือ คิดแบบบูรณาการ (Integration) ทำให้เกิดการคิดแบบบูรณาภาพและดุลยภาพ

4. การทำใหม่ (New action) การทำแบบเดิมในอดีตคือ การทำแบบแยกส่วน การทำใหม่คือ การพัฒนาอย่างบูรณาการ (Integrated development) โดยมีการดำเนินการที่แบบการเชื่อมโยงทุกองค์ประกอบเข้าด้วยกัน

5. ความมุ่งหมายใหม่ (New purpose) เป้าหมายเดิม คือ แข่งขัน สร้างความมั่งคั่ง และเอาชนะนำไปสู่การแตกสลายทางสังคมและการเสียสมดุลของโลก แต่ความมุ่งหมายใหม่คือ การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสมมูล (Living Together) ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติแวดล้อม เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างสันติ

6. ระบบการอยู่ร่วมกันใหม่ (New system of living) ระบบสังคมและเศรษฐกิจแบบเก่าเกิดจากการคิดแบบแยกส่วน มีการแข่งขันเสรีเพื่อสร้างความมั่งคั่ง ทำให้สังคมแตกกระจาย และเหลื่อมล้ำ แต่สังคมยุคใหม่หลังโควิด-19 ที่ใช้หลักคิดองค์รวม บูรณาการ และความมุ่งหมายใหม่ว่าเป็นสังคมของการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสมมูล ชุมชนตั้งแต่ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ จนถึงชุมชนโลก (World community)

7. ยุคใหม่ของมนุษยชาติ (New era of mankind) จากวิกฤติการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ส่งสัญญาณการสิ้นสุดของยุคเก่าที่ผิดธรรมชาติ และเริ่มต้นสู่ยุคใหม่ที่มนุษย์ต้องหันกลับมาใช้ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วยจิตสำนึกใหม่และรับรู้ใหม่ด้วยวิธีคิดใหม่ ความมุ่งหมายใหม่ และการอยู่ร่วมกันใหม่อย่างสันติสมมูล ทุกมิติท่ามกลางความหลากหลาย มีความปกติสุขและความยั่งยืนในที่สุด

จะเห็นว่า การเข้าสู่ยุคความปกติใหม่จากการระบาดของเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีสิ่งใหม่ 7 ประการที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อทุกกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับการพัฒนาทั้งนักศึกษาและพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะทางการพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วยการรับรู้และวิธีคิดใหม่และทำใหม่โดยคำนึงถึงผลกระทบจากเชื้อโควิด-19 มีความมุ่งหมายใหม่ที่จะอยู่ร่วมกันทุกด้านอย่าง

สันติโดยระวังการแพร่กระจายเชื้อนี้ระหว่างกันด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคมและมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment: PPE) เพื่อป้องกันตนเองติดเชื้อเมื่อต้องพบปะผู้อื่นหรือไปในสถานที่เสี่ยงต่างๆ

ผลกระทบของยุคความปกติใหม่ต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ในยุคความปกติใหม่นี้ส่งผลให้ทุกสิ่งทุกอย่างปรับเปลี่ยนแบบก้าวกระโดดและผิดแผกแตกต่างจากอดีตแบบทวีคูณส่งผลกระทบกระเทือนทุกส่วนของสังคมโลก เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข การดำเนินชีวิต วิธีการทำงาน กิจกรรมธุรกิจต่าง ๆ^{6,7} เป็นต้น โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนของวิชาชีพต่าง ๆ รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลก็ต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย⁸⁻¹⁵ ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลทั้งระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้บริการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพ ทำให้การจัดการเรียนการสอนปรับเปลี่ยนไปดังนี้

1. การเรียนการสอนต้องใช้เทคโนโลยีมากขึ้น จากการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ทุกคนมีการรับรู้และมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามยุคความปกติใหม่โดยมีการเว้นระยะห่างทางสังคม และลดการออกนอกบ้านพบปะผู้คนเหมือนในอดีต ในขณะที่เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งมีความเจริญก้าวหน้ามาก่อนการระบาดของโรคและทำให้เกิดการทำงานเชื่อมโยงกับสังคมและประเทศทั่วโลกได้อย่างกว้างขวาง ทำให้มนุษย์ที่ยังมีทางออกสำหรับการจัดการเรียนการสอนทุกวิชาชีพรวมทั้งวิชาชีพพยาบาล จึงหันมาใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสและพบปะกันโดยตรงจากการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า (Face to face teaching and learning) เช่น การเรียนแบบอีเลิร์นนิง (E-learning) ผ่านคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน เป็นต้น สำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาลก็สามารถใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอนได้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่น การบรรยายภาคทฤษฎีผ่าน Microsoft team (MST) หรือ ZOOM ซึ่งเป็นเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารร่วมกับการฝึกปฏิบัติบนคลินิก (Clinical practice) และหรือการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองด้วยบทเรียนออนไลน์แบบ

เปิด (Massive open online course: MOOC) เป็นต้น

2. การจัดการการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการ มีข้อจำกัดมากขึ้น โดยการเรียนการสอนมีการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนไปพร้อมกันทั้งพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย เพื่อให้มีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ทักษะสำคัญ ได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ไขปัญหา การสร้างสรรค์และนวัตกรรม การทำงานเป็นทีมภาวะผู้นำ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่งผลให้สภาการพยาบาลกำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด 5 ด้านและเพิ่มด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ 1 ด้าน ทำให้มาตรฐานผลการเรียนรู้ทางการพยาบาลมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ แต่เมื่อมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ทุกคนจำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคมและต้องป้องกันตนเองและผู้อื่นติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนานักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะดังกล่าวด้วยการเรียนการสอนแบบบูรณาการดังกล่าว

3. รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning: BD) จำเป็นสำหรับการเรียนการสอนในยุคความปกติใหม่ สืบเนื่องจากวิกฤตโควิด-19 ทำให้มนุษย์ถูกผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีศักยภาพหลายประการที่เอื้ออำนวยการดำเนินงานและการติดต่อสื่อสารของหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้น เทคโนโลยีดิจิทัลจึงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบบผสมผสานระหว่างการเรียนรู้แบบเผชิญหน้ากับการเรียนแบบออนไลน์ โดยสัดส่วนระหว่างการเรียนรู้แบบเผชิญหน้ากับการเรียนแบบออนไลน์จะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับการระบาดของเชื้อโควิด-19 หากมีการระบาดรุนแรงและเป็นวงกว้าง ประเทศนั้น ๆ ก็จะออกกฎหมายหรือนโยบายให้ประชาชนอยู่ที่บ้าน ลดการรวมกลุ่มหรือการเข้าสังคม ก็จะส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลก็ต้องดัดแปลงการเรียนแบบเผชิญหน้าในสถานศึกษาและในสถาน

บริการสุขภาพตามไปด้วย ทำให้การเรียนรู้แบบเผชิญหน้าก็จะมีน้อย และใช้การเรียนแบบออนไลน์ทดแทนอย่างเต็มที่ แต่ในทางกลับกัน ถ้าประเทศใดสามารถควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 แล้ว ก็จะสามารถจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าได้มากขึ้นตามความเหมาะสมและปรับเปลี่ยนตามความรุนแรงของการระบาดโรคในแต่ละช่วงเวลา

4. การปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้สอนและผู้เรียน เมื่อผู้เรียนทุกคนต่างเผชิญกับวิกฤตโควิด-19 และต้องใช้การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานทดแทนการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า ส่งผลให้ทั้งกระบวนการเรียนรู้และบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย โดยผู้สอนต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากเดิมเป็นผู้สอนที่มีการวางแผนการสอน ดำเนินการสอนแบบเผชิญหน้า และประเมินผลการสอนแบบอดีตมาเป็นการสอนแบบเผชิญหน้า ควบคู่กับการเอื้ออำนวยการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น เช่น ออกแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของการระบาดเชื้อโควิด-19 และต้องยืดหยุ่นในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคโนโลยีและสื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์ในการเรียนรู้ ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติทั้งการสาธิตย้อนกลับ (Return demonstration) และการฝึกปฏิบัติบนคลินิกหรือในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น ส่วนการพัฒนาสมรรถนะในงานของพยาบาลวิชาชีพก็ต้องใช้การเรียนแบบออนไลน์ และการสอนแบบเผชิญหน้าเฉพาะการฝึกปฏิบัติที่สำคัญทั้งในและนอกสถานที่ปฏิบัติงานตามความจำเป็น จะเห็นว่า ผู้สอนต้องรู้จักสอนทั้งแบบเผชิญหน้าเหมือนในอดีตและการเรียนการสอนแบบออนไลน์โดยออกแบบการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้เรียนต้องเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้เรียนที่พึ่งผู้สอนกลายเป็นต้องเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์และเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบการเรียนผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น เช่น สมาร์ทโฟน (Smart phone) แท็บเล็ต (Tablet) คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล โน้ตบุ๊ก (Notebook) เป็นต้น¹³

จะเห็นได้ว่า จากการระบาดของเชื้อโควิด-19 จนโลกเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น มีการเรียนการสอนที่เน้นบูรณาการการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ของผู้เรียน

พร้อมกันด้วยรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานทั้งแบบเผชิญหน้ากับแบบออนไลน์ และปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้สอนกับผู้เรียนให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในยุคความปกติใหม่

แนวคิดของการเรียนรู้แบบผสมผสานกับยุคความปกติใหม่

การเรียนรู้แบบผสมผสานมีแนวคิดสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการเรียนรู้แบบผสมผสาน

มีผู้ให้ความหมายของการเรียนรู้แบบผสมผสานหลากหลายในแต่ละสาขาวิชาชีพ แต่ส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการเรียนรู้แบบผสมผสานว่า การบูรณาการระหว่างการเรียนรู้แบบเผชิญหน้ากับการเรียนรู้แบบออนไลน์¹⁵⁻¹⁸ โดยการเรียนรู้แบบออนไลน์ เช่น การเรียนบทเรียนออนไลน์แบบเปิดผ่านคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟน การเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (อาทิ Microsoft team, Zoom, Line เป็นต้น) การเรียนรู้แบบออนไลน์เป็นกลุ่ม เป็นต้น

2. ลักษณะของการเรียนรู้แบบผสมผสาน¹⁵ มีดังนี้

2.1 ด้านการสอน มีลักษณะการสอน ดังนี้

2.1.1 การสอนมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การสอนแบบเผชิญหน้าและการสอนแบบออนไลน์ โดยมีการสอนแบบบรรยายสดในห้องเรียน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ผู้เรียนจะได้รับอิทธิพลจากบุคลิกภาพ พฤติกรรม และค่านิยมของผู้สอนด้วย และสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันได้ทันที วิธีการเรียนรู้แบบนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจสูงทั้งผู้สอนและผู้เรียน ส่วนการสอนแบบออนไลน์มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น การเรียนแบบอีเลิร์นนิง (E-learning) ด้วยโมดูล (Modular object-oriented dynamic learning environment: Moodle) ซึ่งเป็นโปรแกรมประมวลผลในเครื่องบริการ (Server-side script) ทำหน้าที่ให้บริการระบบอีเลิร์นนิง 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบซีเอ็มเอส (Course Management System: CMS) หรือระบบจัดการเนื้อหา โดยบริการให้ผู้สอนจัดการเนื้อหาเตรียมเอกสาร สื่อมัลติมีเดีย และแบบฝึกหัดตามแผนการจัดการเรียนรู้ และ 2) ระบบแอลเอ็มเอส (Learning Management System: LMS) หรือระบบจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเข้าเรียนรู้ตามช่วงเวลาและเงื่อนไขที่กำหนด และ

ประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียน เป็นต้น

2.1.2 ผู้สอนต้องสามารถสอนได้ทั้งการสอนแบบเผชิญหน้าและการสอนแบบออนไลน์ ทำให้ผู้สอนมีความเป็นพลวัตร และสอนได้ทั้งแบบเดิมกับแบบใหม่ที่ทันสมัยตามยุคความปกติใหม่

2.1.3 ผู้สอนมีหลายบทบาทเป็นทั้งผู้สอน ผู้สร้างแรงจูงใจ (Motivator) แหล่งเรียนรู้ด้านบุคคลหรือทรัพยากรบุคคล (Resource person) ผู้จัดการ (Organizer) และผู้พัฒนา (Developer) บทบาทเหล่านี้แตกต่างจากในอดีตที่ผู้สอนส่วนใหญ่มีบทบาทเน้นการสอนมากกว่า

2.2 ด้านการเรียนรู้ มีลักษณะการเรียนรู้ ดังนี้

2.2.1 ผู้เรียนศึกษาเนื้อหาสาระของรายวิชา โดยผู้เรียนมีโอกาสอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาของรายวิชาจากทั้งเอกสารที่แจกในห้องเรียน และการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การศึกษาจากสื่อต่างๆ แบบออนไลน์ เช่น คลิปวิดีโอสั้นๆ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-book เป็นต้น และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านบล็อก (Blog) ซึ่งเป็นเว็บไซต์สำหรับบันทึกส่วนตัวหรือไดอารี่

2.2.2 ผู้เรียนมีประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งในสถานศึกษาที่เป็นห้องเรียนและสถานการณ์เสมือน (Virtual space) อาจเป็นการเรียนแบบออนไลน์กับผู้เรียนจากหลายภูมิภาค จากต่างประเทศ หรือต่างวัฒนธรรมได้

2.2.3 ผู้เรียนมีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ พัฒนาสติปัญญา ทักษะชีวิตที่หลากหลายและบุคลิกภาพ โดยมีการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ จาก การเรียนการสอนผ่านสื่อและวิธีการสอนผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล และการสื่อสารกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกันผ่านการเรียนแบบออนไลน์ ด้านสติปัญญาและทักษะชีวิต ผู้เรียนได้เรียนรู้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ ความอดทน และความเข้าใจผู้อื่นจากการเรียนในห้องเรียน รวมทั้งการจัดการตนเอง ส่วนด้านบุคลิกภาพ มีพัฒนาทั้งบุคลิกภาพทางร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งทักษะสังคมผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีเครือข่ายทางสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social media)

2.2.4 กระบวนการเรียนการสอนมีหลายมิติและหลากหลายวัฒนธรรม ผู้เรียนมีโอกาสสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้สึก และความคิดเห็นหรือความรู้ได้หลากหลาย

ศาสตร์สาขากับผู้เรียนหลายวัฒนธรรมและหลายชนชาติทั่วโลกได้โดยผ่านการเรียนแบบออนไลน์ โดยเฉพาะในยุคความปกติใหม่

2.2.5 การมีปฏิสัมพันธ์แบบกลุ่มเพื่อน (Peer group interaction) ผู้เรียนจะมีการพบปะกันกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนโดยตรงระหว่างเรียนรู้แบบเผชิญหน้า ปฏิสัมพันธ์นี้ต้องอาศัยทักษะชีวิต และค่านิยมทางสังคมของกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

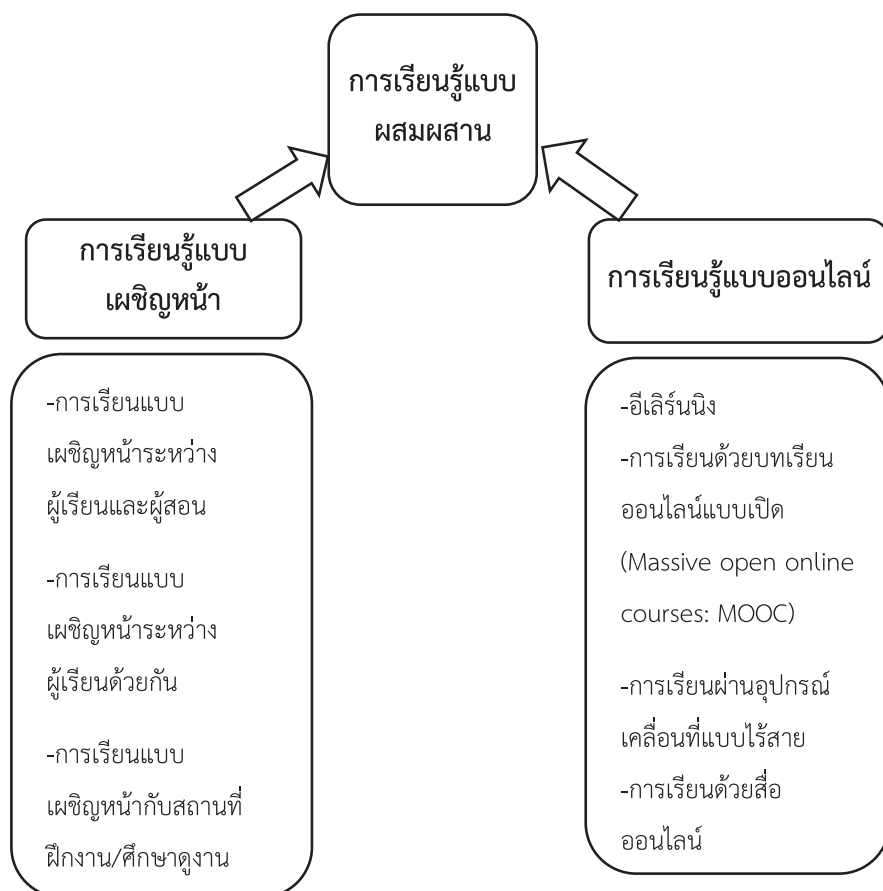
2.2.6 ผู้เรียนเปลี่ยนจากการรับข้อมูลหรือความรู้จากผู้สอนเป็นการสร้างความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น และพึ่งพาผู้สอนลดลง รวมทั้งมีส่วนร่วมออกแบบวิธีการเรียนการสอน

สำหรับลักษณะของการเรียนรู้แบบผสมผสานดังแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

3. ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่

แนวคิดของการเรียนรู้แบบผสมผสานมีประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนหลายประการ^{15,16} และเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนในยุคความปกติใหม่ดังนี้

3.1 มีการใช้ห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการใช้ห้องเรียนเท่าที่จำเป็นเมื่อเกิดการระบาดของเชื้อโควิด-19 หากการระบาดของโรคนี้อย่างคงดำเนินต่อไปโดยไม่สิ้นสุดก็มีแนวโน้มจะใช้ห้องเรียนปกติน้อยลง อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยคำนึงถึงผลการเรียนรู้หรือเกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้นเนื่องจากยังคงต้องเว้นระยะห่างทางสังคม



แผนภูมิที่ 1 ลักษณะของการเรียนรู้แบบผสมผสาน

3.2 มีการเตรียมผู้เรียนดีกว่าระบบเดิม ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สอนจะเน้นการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าและมีการใช้ระบบออนไลน์บางส่วน แต่เมื่อมีวิกฤตโควิด-19 ทำให้ต้องมีการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลให้ต้องจัดให้ผู้เรียนศึกษาความรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตหรือแบบออนไลน์ทดแทนการเรียนแบบเดิมในห้องเรียนเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว การเรียนรู้และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ในระบบเครือข่ายออนไลน์ เช่น การค้นหาทางหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ การศึกษาค้นคว้าทาง You tube การศึกษาบทเรียนออนไลน์แบบเปิด เป็นต้น

3.3 ใช้สอนทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรองรับกับการเรียนรู้ในยุคปกติใหม่ได้ทัน่วงทีกับวิกฤตที่เกิดขึ้น เช่น ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสร้างสรรค์ ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นต้น การเรียนการสอนแบบออนไลน์ทดแทนห้องเรียนปกติในช่วงเชื้อโควิด-19 กำลังระบาดรุนแรง การบรรยายแบบเผชิญหน้าร่วมกับการเรียนออนไลน์จะใช้ในกรณีการระบาดของโควิดลดน้อยลง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และฝึกทักษะเหล่านี้ได้ต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว

3.4 มีวิธีการสอนหลากหลายที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนในยุคความปกติใหม่ เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดข้อจำกัดที่ทุกคนไม่สามารถมารวมกันเรียนในห้องเรียนตามปกติได้ ดังนั้นการใช้แนวทางการเรียนรู้แบบผสมผสานจะมีทางเลือกหลายประการสำหรับการเรียนรู้ในวิถีชีวิตใหม่ทดแทนการเรียนในสถานการศึกษาปกติ เช่น เรียนจากคลิปการเรียนรู้จากระบบการเรียนแบบอีเลิร์นนิง (E-learning) ศึกษาคลิปบทเรียนผ่านสมาร์ตโฟน เป็นต้น

3.5 ช่วยให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดวิกฤตโควิด-19 ทำให้ยากต่อการคาดคะเนทิศทางหรือแนวโน้มการระบาดของโรค ส่งผลให้ผู้สอนจำเป็นต้องเตรียมสื่อหรือเอกสารประกอบการสอนแบบอิเล็กทรอนิกส์ และให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อหรือเอกสารบทเรียนก่อนล่วงหน้า แล้วนำไปวางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ การเรียนรู้แบบนี้แตกต่างจากการเรียนรู้แบบเดิมที่ผู้เรียน

ต้องเข้าเรียนตามตารางเรียนและเรียนรู้บทเรียนโดยเน้นผู้สอนเป็นผู้ดำเนินการสอนโดยตรง

3.6 ช่วยให้เกิดการสร้างสรรครการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนมากขึ้น การระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนหลายมิติ รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนที่ยังต้องเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อไปอีกนานจนกว่าจะมีวิธีการกำจัดเชื้อโควิด-19 ได้ ทำให้ต้องอาศัยหรือสร้างสรรค์สื่อหรือแหล่งทรัพยากรออนไลน์ (online resources) ใหม่ ๆ ที่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงและศึกษาค้นคว้าจำนวนมากขึ้นเพื่อทดแทนการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า

3.7 ลดใช้กระดาษน้อยลง ทำให้ลดต้นทุนการเรียนรู้ลง เนื่องจากการเรียนรู้แบบออนไลน์เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคทำให้เกิดปรากฏการณ์การเรียนรู้อย่างไม่ใช้กระดาษ (paperless) มากขึ้น รวมทั้งประหยัดงบประมาณทั้งของผู้เรียนและสถานการศึกษา

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบผสมผสานเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีข้อดีหลายประการมากกว่าการเรียนการสอนแบบเดิม โดยมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแบบออนไลน์มาผสมผสานกับการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า เพื่อรองรับกับสถานการณ์การเรียนการสอนที่ต้องลดการเผชิญหน้าระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในวงกว้าง เช่นเดียวกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งที่เป็นนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพก็สามารถนำแนวคิดการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อพัฒนาศรัทธาของผู้เรียนให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดด้วยวิธีการใหม่ที่มีประสิทธิภาพ และได้ผลการเรียนรู้ที่ดีใกล้เคียงกับการเรียนการสอนดั้งเดิมและเพิ่มทักษะบางประการมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเรียนและการสื่อสาร เป็นต้น

การประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ในยุคความปกติใหม่ที่ยังจำเป็นต้องมีการเว้นระยะทางสังคม ทำให้การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลซึ่งมี

ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติต้องนำแนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของสถานการณ์ทางสังคมและการไม่สามารถเผชิญหน้ากันเหมือนที่เคยปฏิบัติมา การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสามารถดำเนินการได้ดังนี้

1. ภาคทฤษฎี การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อสอนเนื้อหาความรู้ แนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ โดยการกำหนดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ว่าจะเป็นส่วนเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงนโยบายการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ของแต่ละประเทศซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 สำหรับประเทศไทย กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ได้ประกาศมาตรการผ่อนผันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ฉบับที่ 6 ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยให้เปิดการเรียนการสอนได้ จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ใช้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และให้ปฏิบัติจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลและสถานบริการสุขภาพต้องดำเนินการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์โดยยังคงเว้นระยะห่างทางสังคม และหลีกเลี่ยงกิจกรรมการเรียนที่มีผู้เรียนจำนวนมาก¹⁸ เช่น การบรรยายแบบเผชิญหน้าเฉพาะกรณีเนื้อหาสาระมีความซับซ้อนโดยการเว้นระยะห่างทางสังคมและใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การอภิปรายกรณีศึกษาแบบออนไลน์ผ่าน google meeting หรือ Zoom การให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การเรียนผ่านบทเรียนออนไลน์แบบเปิด หรือ MOOC เป็นต้น

2. ภาคปฏิบัติ มีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติหลายแบบควบคู่กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตามมาตรการของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมที่ยังคงเน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม และไม่ให้มีการรวมกลุ่มใหญ่ และมาตรการของสถานการศึกษาหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน โดยนักศึกษามีทั้งการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับในห้องปฏิบัติการพยาบาล การฝึกปฏิบัติบนคลินิกในสถานบริการสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ

ในชุมชน ส่วนพยาบาลวิชาชีพก็จำเป็นต้องได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์เช่นกัน เช่น การฝึกปฏิบัติทักษะจำเป็นเกี่ยวกับงานเป็นกลุ่ม เล็กกลุ่ม การฝึกทักษะการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยการเรียนรู้แบบอีเลิร์นนิ่งหรือผ่านโมบายแอปพลิเคชัน การใช้สื่อออนไลน์ ทดแทนการเดินทางไปศึกษาดูงานแหล่งที่เสี่ยง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การเรียนการสอนแบบผสมผสานของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันบางประการ มีความคล้ายคลึงกันในแง่แนวคิดของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานทั้งด้านการเรียนและการสอนทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ แต่มีความแตกต่างตรงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนรู้และเนื้อหาสาระการสอนตามระดับสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ เช่น วัตถุประสงค์การจัดการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเน้นเนื้อหาสาระพื้นฐานและฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมเป็นพยาบาลวิชาชีพ แต่ วัตถุประสงค์การจัดการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพมุ่งเน้นความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบมากกว่า สรุปได้ว่าการใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานซึ่งมีการบูรณาการวิธีการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีและการปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลตามความเหมาะสมของแต่ละบริบทและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

กรณีศึกษาของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยใช้การเรียนรู้แบบผสมผสาน

กรณีศึกษาของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ในยุคความปกติใหม่นี้ ผู้เขียนบทความขอยกตัวอย่างการใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่เคยใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2562 ถึงปีการศึกษา 2563 ในชุดวิชาหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คือ ชุดวิชา 51715 การจัดการองค์การ ทรัพยากรมนุษย์ และคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นชุดวิชานี้มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งสองปีการศึกษาโดยภาพรวมคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันตรง

ที่ปีการศึกษา 2563 มีการใช้การเรียนรู้แบบออนไลน์มากขึ้น เนื่องจากวิกฤติโควิด-19 และได้ผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามที่คาดหวัง มีรายละเอียดดังนี้

1. คำอธิบายชุดวิชา คือ องค์การสุขภาพและองค์การพยาบาล แนวคิดและทฤษฎีทางการบริหารจัดการและการจัดการคุณภาพการพยาบาล การจัดการทรัพยากรมนุษย์ ในองค์การพยาบาล การวางแผน การสรรหา การคัดเลือก การฝึกอบรมพัฒนา การบริหารค่าตอบแทน การธำรงรักษา และการประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาทีมงาน เครือข่ายทางการพยาบาล รวมทั้งฝึกปฏิบัติการจัดการองค์การพยาบาล การจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการคุณภาพการพยาบาล และการฝึกภาวะผู้นำที่มีจริยธรรม มีทักษะการติดต่อสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสุขภาพและเครือข่าย ภายใต้บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลแต่ละระดับ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และนำเสนอผลงานที่มอบหมาย

2. การจัดการเรียนการสอน มี 2 ส่วน แบ่งเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ภาคทฤษฎี เนื้อหาการศึกษาแบ่งเป็น 15 หน่วยหรือบท โดยให้นักศึกษาเรียนรู้จาก 1) การศึกษาดูงานตนเองจากประมวลสาระหรือตำราประกอบการเรียน แนวการศึกษา และแผนกิจกรรมการศึกษาที่กำหนด 2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมบนอีเลิร์นนิ่ง 3) การศึกษาจากสื่อและกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ โดยการสัมมนาเข้มและการสัมมนาเสริมแบบออนไลน์ การสัมมนาเข้มเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ต้องการเพิ่มเติมประสบการณ์หรือฝึกทักษะบางอย่างเป็นการเฉพาะเพิ่มเติม เช่น ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการจัดการความขัดแย้ง เป็นต้น ส่วนการสัมมนาเสริมเป็นกิจกรรม

การเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการอภิปรายเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาสาระรายละเอียด และนำเสนอผลงานที่ได้ รับมอบหมายในชุดวิชา¹⁹ ปีการศึกษา 2562 จัดการเรียนภาคทฤษฎีโดยให้นักศึกษาเรียนรู้จาก 2 วิธีแรกเหมือนปีการศึกษา 2563 แต่มีการสัมมนาเข้มและการสัมมนาเสริมแบบเผชิญหน้าเท่านั้น

2.2 ภาคปฏิบัติ ทั้งปีการศึกษา 2562 และ 2563 มีการฝึกปฏิบัติแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติและนำเสนอบนอีเลิร์นนิ่งโดยใช้โปรแกรม มูเดิ้ล ซึ่งเป็นโปรแกรมจัดการเรียนการสอนผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ประเภทฟรีแวร์ที่ได้รับการยอมรับกันทั่วโลก มี 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบจัดการเนื้อหา (Course Management System: CMS) สำหรับผู้สอนในการจัดการเนื้อหา สื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอหรือเอกสารที่ให้นักศึกษาเพิ่มเติม แผนกิจกรรม คู่มือการฝึกปฏิบัติ แนวการศึกษา และ 2) ระบบจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS) เช่น ปฐมนิเทศ ประกาศข่าวสารหรือการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานของเพื่อน ส่งรายงานโครงการที่มอบหมาย ประเมินผลการเรียนการสอน เป็นต้น²⁰ และ 2) การฝึกปฏิบัติและนำเสนอผ่านเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารชื่อ Microsoft team ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบเพื่อการสื่อสารในการทำงานต่าง ๆ เช่น นัดหมายและการประชุมร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน สอนและฝึกปฏิบัติแบบเรียลไทม์ (real time) เสนอรายงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น เหมาะสำหรับการเรียนการสอนและการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในยุคความปกติใหม่²¹ กิจกรรมการเรียนการสอนดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยแนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานของชุดวิชา 51715

ภาคทฤษฎี/ ปฏิบัติ	กิจกรรมการเรียนการสอน	การจัดการเรียนการสอน	เผชิญหน้า/ ออนไลน์
ทฤษฎี	การปฐมนิเทศชุดวิชา	ผู้สอนทำคลิปวิดีโอที่ตนเองให้ เรียนศึกษาด้วยตนเอง	ออนไลน์
ทฤษฎี	การศึกษาเนื้อหาสาระต่างๆ ด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นแผน กิจกรรม ประมวลสาระชุดวิชา คู่มือการฝึกปฏิบัติ แนวการ ศึกษา และเอกสารเพิ่มเติมตามที่กำหนดในแผนกิจกรรม	ผู้สอนมอบหมายผู้เรียนศึกษา เนื้อหาสาระบนยูทูปด้วยตนเอง	ออนไลน์
ทฤษฎี	การสัมมนาเข้ม 1. ศึกษาคลิปวิดีโอที่บรรยายพิเศษจากวิทยากรภายนอก 2. ศึกษา 2 คลิป คือ 1) การสื่อสาร การบริหารความขัดแย้ง และการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม 2) กรณีตัวอย่าง และ ฝึกปฏิบัติ 3. ดูคลิปวิดีโอที่บรรยายพิเศษและทำแบบฝึกหัดการวิเคราะห์ การจัดการองค์การ ทรัพยากรมนุษย์ และคุณภาพการ พยาบาล แล้วนำเสนอคำตอบและอภิปราย	ผู้สอนผลิตคลิปวิดีโอที่บรรยาย พิเศษจากวิทยากรภายนอก คลิป วิดีโอที่บรรยายและกรณีตัวอย่างต่างๆ และดำเนินการจัดการเรียนการสอน ผ่าน Microsoft teams ตาม กำหนดการในแผนกิจกรรม	ออนไลน์ผ่าน ยูทูปและ Microsoft teams
ปฏิบัติ	การฝึกปฏิบัติและนำเสนอบนอีเลิร์นนิ่ง 1 การวิเคราะห์ปัญหาการจัดการองค์การพยาบาลและทรัพยากร มนุษย์ทางการพยาบาลของหน่วยงานที่ศึกษา ทำเป็นคลิปวิดีโอ ที่ตนเองบันทึก พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอแนะการนำ เสนอคลิปวิดีโอของตนเอง	- ฝึกปฏิบัติแบบเผชิญหน้ากับ อาจารย์พิเศษภาคปฏิบัติที่แต่ง ตั้งตามคุณสมบัติที่กำหนด - ให้ผู้เรียนทำเป็นคลิปวิดีโอที่ตนเอง นำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งรับข้อเสนอแนะรายงาน จากเพื่อนบนยูทูป	ฝึกวิเคราะห์ปัญหา แบบเผชิญหน้า และ นำเสนอแบบ ออนไลน์บนยูทูป
ปฏิบัติ	การฝึกภาคปฏิบัติและนำเสนอบนอีเลิร์นนิ่ง 2 การวิเคราะห์ปัญหาการจัดการคุณภาพการพยาบาลและภาวะ ผู้นำของหน่วยงานที่ศึกษา	เหมือนฝึกภาคปฏิบัติและนำเสนอ บนอีเลิร์นนิ่ง 1	เหมือนฝึกภาค ปฏิบัติและนำเสนอ บนอีเลิร์นนิ่ง 1
ปฏิบัติ	การฝึกปฏิบัติในหน่วยงานของนักศึกษา 1 การแก้ไขปัญหาการจัดการองค์การพยาบาลและทรัพยากร มนุษย์ทางการพยาบาล	ให้ผู้เรียนทำเล่มรายงานและส่งผู้ สอนทางไปรษณีย์	ฝึกปฏิบัติแบบ เผชิญหน้า
ปฏิบัติ	การฝึกปฏิบัติในหน่วยงานของนักศึกษา 2 การจัดทำโครงการการจัดการคุณภาพการพยาบาลและการใช้ ภาวะผู้นำที่มีจริยธรรม ทักษะการติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็น ทีม และเครือข่าย	ทำเล่มรายงานและนำเสนอผ่าน Microsoft team ในวันสัมมนาเสริม	ฝึกปฏิบัติแบบเผชิญ หน้า และนำเสนอ แบบออนไลน์ผ่าน Microsoft teams
7	การประเมินผลชุดวิชา	ผ่าน google form บนยูทูป	ออนไลน์ผ่าน ยูทูป

การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนปีการศึกษา 2563 อยู่ในระดับมากและมากที่สุดทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผลการเรียนรู้ของนักศึกษา 2) การได้รับการเตรียมตัวการใช้ Microsoft team ก่อนวันสัมมนาเข้ม 3) การสัมมนาเข้ม 4) การฝึกปฏิบัติและนำเสนอบนอีเลิร์นนิ่ง 5) การฝึกปฏิบัติในหน่วยงานของนักศึกษา 6) การนิเทศของอาจารย์พิเศษ ภาคปฏิบัติ การสอนของอาจารย์ในวันสัมมนาเสริม 7) วิธีการเรียนการสอนและสื่อการศึกษา และ 8) การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน

สรุป

ในยุคความปกติใหม่ที่มีวิกฤติโควิด-19 ทำให้ประชาชนในหลายประเทศที่ได้รับผลกระทบต้องยึดปฏิบัติต่อกันโดยการเว้นระยะห่างทางสังคม และประชาชนต้องปรับเปลี่ยนการรับรู้ วิธีคิด พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตสู่วิถีชีวิต

ใหม่ในทุก ๆ มิติ รวมทั้งมิติการศึกษา แนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานเป็นการเรียนรู้ทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในยุคนี้ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก็เช่นกันที่ต้องประยุกต์ใช้แนวคิดนี้เพื่อให้การเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแบบออนไลน์มากขึ้น และงดหรือลดการเรียนแบบเผชิญหน้าตามความรุนแรงของการระบาดของเชื้อโควิด-19 อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีผู้สอนและผู้เรียนที่ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย การสื่อสารระหว่างผู้สอนและผู้เรียนแบบออนไลน์ และการเรียนการสอนที่ยึดหยุ่นตามสถานการณ์ของการระบาดของเชื้อโควิด-19

References

1. World Health Organization in Thailand. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 22 March 2020. [Internet]. [cited 2020 March 22]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-22-tha-sitrep-29-covid19-final.pdf?sfvrsn=aba4d51e_0
2. South East Asia Center. Technique of blending learning as needed. [cited 2019 May 14]. Available from: <https://www.seasiacenter.com/insights/blended-learning/> (in Thai)
3. World Health Organization. Clinical management of COVID-19. [Internet]. [cited 2020 May 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
4. Thai PBS News. Term of new normal by Royal Thai Council. [Internet]. [cited 2020 August 24]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/292126>
5. Wasri P. Covid-19 Protecting world war into new direction. [Internet]. [cited 2020 August 24]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/879432>
6. Munprasert, S. Impact of COVID-19 on Thai Economy. [Internet]. [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.krungsri.com/bank/th/plearn-plearn/economic-covid-impact.html> (In Thai).
7. Thairath Online. New normal new phenomena may occur from COVID-19. [Internet]. [cited 2020 April 5]. Available from: <https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/1810991> (In Thai).

8. Saraketin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: competencies and roles of nursing instructors. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2019;20(1):12-20. (in Thai).
9. Pantaewan P. Development of Students in the 21st Century with Active Learning in Nursing Profession. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;17(3):17-24. (in Thai).
10. Turner K, Petchkong J. 21st Century skills: essential issues for nursing education management nursing. *Journal of the Ministry of Public Health* 2016;26(1):1-15. (in Thai).
11. The Higher Education Commission. Guidelines for promoting the quality of teaching and learning management of instructors in higher education institutions. Bangkok: Pappim; 2018. (in Thai).
12. Announcement of the Ministry of Education. Thai qualifications framework for higher education in nursing science. [Internet]. [cited 2017 August 28]. Available from: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560\(2\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560(2).pdf) (in Thai).
13. Canadian Association of School of Nursing. Nursing education during the COVID-19 pandemic. [Internet]. [cited 2020 March 9]. Available from: <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-POSITION-STATEMENT.pdf>
14. UNESCO. COVID-19 and higher education: Today and tomorrow Impact analysis, policy responses and recommendations. [Internet]. [cited 2020 April 9]. Available from: <http://www.iesalc.unesco.org/en/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-EN-090420-2.pdf>
15. Lalima, Dangwal, KL. Blended learning: an Innovative approach. *Universal Journal of Educational Research* 2017;5(1):129-36.
16. Itslearning Inc. Blended learning & learning platforms. [Internet]. [cited 2020 August 29]. Available from: http://info.itslearning.net/rs/itslearning/images/Blended_Learning.pdf
17. Hrastinski, S. What Do We Mean by Blended Learning? *Technology Trends* 2019;63:564-9.
18. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Announcement Edition 6 [Internet]. [cited 2020 September 1]. Available from: <https://www.mhesi.go.th/home/index.php/pr/news/1673-19-21> (in Thai).
19. Information System of Graduate Studies of Sukhothai Thammathirat Open University. Characteristics of teaching and learning of graduate studies in distance study system. [Internet]. [cited 2020 September 1]. Available from: https://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/news/distanceed.asp (in Thai).
20. Computer Center of Bansomdejchaopraya Rajabhat University E-learning by moodle 3.2 manual for teacher. [Internet]. [cited 2020 September 1]. Available from: http://mattayom-elearning.bsr.ac.th/pluginfile.php/80/mod_label/intro/manual%20teacher%20moodle%202017%20all.pdf
21. Computer Service Center and Supreme Distribution (Thailand) Co., Ltd. Microsoft teams. [Internet]. [cited 2020 September 1]. Available from: <https://csc.kmitl.ac.th/cscweb-1/wp-content/uploads/2018/11/Teams-Guide2019.pdf> (in Thai).

บทความวิจัย

การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Students and Teachers' Perception on Cause and Suicide Prevention at Secondary School in Nakhon Phanom Province

Received: Jun 15, 2020
 Revised: Nov 5, 2020
 Accepted: Nov 17, 2020

สุรัชชัย เชนียง Ph.D. (Surachai Chanang, Ph.D.)¹
 ปาริชาติ เมืองขวา พย.ม. (Parichart Meuangkhwa, M.N.S.)²
 กมลนันธ์ คล่องดี พย.ม. (Kamonnat Klongdee, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยทั้งที่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เพื่อศึกษาการรับรู้สาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนของรัฐแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ระเบียบวิธีวิจัย: โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำการสนทนากลุ่มกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 20 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครู 7 คน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2562 ถึง เดือน ตุลาคม 2562 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในนักเรียน ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 ความคาดหวังด้านการเรียนและการใช้ชีวิตของวัยรุ่นจากผู้ปกครอง 1.2 ปัญหาภายในครอบครัว 1.3 วัยรุ่นขาดทักษะในการเผชิญกับปัญหา และ 1.4 พฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อ และ 2) การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต 2.2 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน 2.3 การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และ 2.4 การสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนจากโรงเรียน

สรุปผล: การค้นพบนี้เป็นหลักฐานที่ชัดเจนสำหรับความต้องการด้านสุขภาพจิตของนักเรียน

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

¹Corresponding author, อาจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, E-mail: surachai_ch@npu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, E-mail: parichart.toi@gmail.com

³อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, E-mail: kamonnat.klo@npu.ac.th

^{1,2,3} Mental Health and Psychiatric Nursing Department, Borromarajonnani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้น พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน ผู้ปกครองและคณะครูและบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน ทั้งนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องคำนึงถึงบริบทของโรงเรียนและความต้องการของนักเรียนในโรงเรียน

คำสำคัญ: การศึกษาเชิงคุณภาพ, สาเหตุการฆ่าตัวตาย, การป้องกันการฆ่าตัวตาย, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย, นครพนม

Abstract

Introduction: Adolescent suicidal behavior has become a major public health concern around the globe including Thailand, yet suicidal behavior is preventable.

Research objectives: This descriptive qualitative study explored the perception of the students and teachers on cause of suicide, and prevention of suicide at secondary school in Nakhon Phanom Province, Thailand.

Research methodology: A purposive sampling was used to recruit 20 adolescents for focus group discussions, and in-depth interviews were conducted with 7 school teachers, from June-October 2019. Data were analyzed using content analysis.

Results: Findings of this study were two-folds: 1) the causes of adolescent suicide which could be summarized into 4 sub-categories; namely parents' expectations in education achievements and live, family problems, lack of problem-solving skill, bullying, and imitating behavior from the media; and 2) prevention of adolescent suicide, which had 4 sub-categories namely cultivating the self-resilience, peer support, family support, and school supportive environments.

Conclusions: These findings provide a clear evidence for a mental health needs among students.

Implications: Furthermore, psychiatric nursing and mental health personnel should play a critical role at school by developing a suicide prevention program. The program should involve peer, parents, school nurses, and school teachers. All stakeholders should recognize the school social context and emotional needs of the students.

Keywords: qualitative research, cause of suicide, suicide prevention, secondary school students, Nakhon Phanom

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นมีเพิ่มสูงขึ้นไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือเรียกได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยง (multiple risk behaviors) ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรมนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้^{1,2} เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (suicide risk behaviors) นับเป็นประเด็นสำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกทั้งที่การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้³ องค์การอนามัยโลกได้พยากรณ์ในปี ค.ศ. 2020 หรือใน พ.ศ. 2563 บุคคลที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านราย⁴ ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายใน 10 อันดับแรก⁵ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีพบว่าในเพศหญิงเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายอันดับที่ 2 รองจากปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในวัยรุ่นเพศชาย อายุ 15-19 ปี การฆ่าตัวตายสำเร็จจัดอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากปัญหาอุบัติเหตุจราจรและปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม⁶ และพบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา มากกว่า 1 ล้านคนต่อปีที่อยู่ระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ⁷

การศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าความชุกของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาพบว่ามีนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้น⁸⁻¹¹ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคกลางพบว่า นักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 4⁸ นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จร้อยละ 4.60⁹ ตลอดจนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 437 คน ในเขตภาคกลาง พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 20.60¹⁰ การศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตภาคตะวันออก จำนวน

249 คน มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายเป็นระดับสูงถึงสูงมากจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70¹¹ นอกจากนี้ รายงานจากโครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 4,418 คน (อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จคิดเป็น 6.64 คนต่อแสนประชากร) พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จในเด็กและวัยรุ่นในช่วงอายุ 10-19 ปี จำนวน 111 คน (ร้อยละ 2.51) ทั้งที่เด็กและวัยรุ่นในช่วงอายุนี้อยู่ในวัยอันควรที่จะฆ่าตัวตายและจากรายงานผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จของประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพจิต เขต 8 ซึ่งครอบคลุมในพื้นที่หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งหนึ่งในนั้นประกอบด้วยจังหวัดนครพนม พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ อัตราการฆ่าตัวตายเป็นคิดเป็น 7.17 คนต่อแสนประชากร สำหรับรายงานผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จในจังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า จากจำนวนประชากรทั้งหมด 719,136 คน มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ 58 คน (อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จคิดเป็น 8.07 คนต่อแสนประชากร) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จของประชากรในจังหวัดนครพนมเพิ่มสูงขึ้นเท่าตัวเมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ. 2560 และปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จจำนวน 34 คน (อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จคิดเป็น 4.75 คนต่อแสนประชากร) และ 29 คน (อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จคิดเป็น 4.07 คนต่อแสนประชากร) ตามลำดับ¹² ดังที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นความสูญเสียที่สำคัญในเชิงเศรษฐกิจจากความทุพพลภาพหรือการสูญเสียชีวิตภาระงบประมาณที่ใช้ในทางบริการสาธารณสุขและผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะยาวที่สำคัญต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด¹³ จาก การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในช่วง อายุ 15-19 ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีความคล้ายคลึงกับพบว่าในด้านปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ^{8,14-16} ความครุ่นคิด^{14,16} ภาวะตึงเครียดทางอารมณ์^{14,16} พฤติกรรมการเล่นแกล้งกัน^{17,18} นอกจากนี้ จากรายงานการ

ศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยปกป้อง (Protective factors) การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคม^{14,16} และความเข้มแข็งทางจิตใจ^{14,16} มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งประเด็นไปที่ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา^{19,20} ตลอดจนการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองนครพนม พบว่า คะแนนเฉลี่ยศักยภาพของครอบครัวด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดสามลำดับแรกตามการประเมินของกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 180 คน อายุระหว่าง 10-19 ปี พบว่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพครอบครัวด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประกอบด้วย ความเป็นอิสระในการคิดและการตัดสินใจ การส่งเสริมสนับสนุนการร่วมกันในครอบครัว และการเรียนรู้สังคมและวัฒนธรรม²¹ นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 132 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า ภาวะดิ่งเครียดทางอารมณ์ ความครุ่นคิด และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p = .01, r = .48, p = .01$ และ $r = .57, p = .01$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p = .01$ และ $r = -.31, p = .01$ ตามลำดับ)²²

การทบทวนวรรณกรรมการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุ การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ครู และผู้ปกครอง ต่อสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่ จัดกลุ่มเป็น 2 หัวข้อ ดังนี้ 1) สาเหตุของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย 4 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย ความคาดหวังของผู้ปกครอง วัยรุ่นขาดทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับปัญหา วัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง

เนื่องจากขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมและผู้ปกครองขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น 2) การป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ การสร้างความมีคุณค่าในวัยรุ่น การสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนนักเรียน และการสนับสนุนจากทางโรงเรียน²³ นอกจากนี้ รายงานการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นตามมุมมองการรับรู้ของวัยรุ่นและครอบครัว พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตายตามมุมมองของวัยรุ่น ได้แก่ 1) การถูกตำหนิและไล่ให้ไปตายจากคนสำคัญในครอบครัว 2) ความรู้สึกผิดหวังและไม่ได้เป็นที่ต้องการจากคนรักที่มีความสัมพันธ์ลึกซึ้งเป็นคนแรก 3) การตั้งครมไม่พึงประสงค์ 4) ปัญหาทางจิตนามาสู่อารมณ์รุนแรง เศร้ามาก โกรธแค้น ยับยั้งความคิดไม่ได้เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้วัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น²⁴ แต่อย่างไรก็ตามภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ยังไม่มีการรายงานการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการป้องกันปัญหาที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

คำถามการวิจัย

สาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ตามการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive qualitative research approach)²⁵

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน และครูเพื่อเข้าทำการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 7 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยจำนวนของผู้ให้ข้อมูลนั้นขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)²⁶

การคัดเลือกอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย

อาสาสมัครกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

- 1) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6
- 2) มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมวิจัยฯ และ 3) ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

อาสาสมัครกลุ่มครู 1) เป็นครูผู้สอนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 2) มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และ 3) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล จากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้อำนวยการโรงเรียนและครูผู้ประสานหลักเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัยรวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และครูผู้สอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยฯ แนะนำตนเองและทีมผู้วิจัยเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยฯ ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงโครงการวิจัยฯ และหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ เพื่อชี้แจงผู้ปกครองของอาสาสมัครนักเรียนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มครูที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ

ภายหลังได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองและอาสาสมัครกลุ่มครู ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับนักเรียนอาสาสมัครชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งนักเรียนชายและหญิง จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน วัน เวลาตามสถานที่ที่ได้นัดหมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครกลุ่มนักเรียนผู้ให้ข้อมูล การสนทนากลุ่มในการศึกษาค้นคว้าใช้เวลา 60-90 นาที ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและก่อนยุติการสนทนากลุ่มฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาสาสมัครกลุ่มครูและผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 7 คน ตาม วัน เวลา สถานที่ที่ได้นัดหมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัคร การสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาค้นคว้าใช้เวลา 45-60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพพัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างลุ่มลึก 2) แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามส่วนบุคคลสำหรับกลุ่มนักเรียนประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา และผลการเรียน และ 2.2) แบบสอบถามส่วนบุคคลสำหรับกลุ่มครูและผู้บริหารสถานศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การสอน 3) แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง กำหนดคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีการกำหนดประเด็นหลักในแต่ละประเด็น เพื่อนำมาตั้งคำถามหลัก และแต่ละคำถามหลักจะนำมาจัดเป็นคำถามรองและคำถามรองจะนำไปสู่คำถามเฉพาะ 4) แนวทางการสังเกต (observation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการแสดงออกตามความเป็นจริง จากภาษาและท่าทางที่ไม่ใช่คำพูด ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏ เช่น การกระทำ กิจกรรม ความหมาย ความสัมพันธ์ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจะใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีของ Lincoln และ Guba²⁷ ประกอบด้วย ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยทำงานร่วมกันกับคณะทำงานในบริบทของโรงเรียน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการใช้หลายวิธีการ (multiple methods) เช่น มีการประชุมกลุ่ม (group meeting) มีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) มีการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participatory observation) ซึ่งผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ผลการศึกษาและนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้สรุปไปสะท้อนกลับกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบผลของการศึกษา (confirmability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบผลการศึกษาจากการมีส่วนร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัยฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการสร้างความเชื่อถือได้ให้กับงานวิจัย (trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มตลอดการรวบรวมข้อมูล มีการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (transcribed verbatim) ประโยคต่อประโยค และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และค้นหาความหมายที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อนำกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง มีการบันทึกสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจนในทุกประเด็นของการวิเคราะห์และการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (data triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลที่รวบรวมได้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่หนังสือรับรองรหัสโครงการ 15/62 Exp./2562 และดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมการวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าโครงการวิจัย ขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้กลุ่มอาสาสมัครนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ปกครองยินยอมลงนามให้เข้าร่วมวิจัย และกลุ่มครูยินยอมลงนามเข้าร่วมวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาของ Miles และ Huberman²⁸ ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลจากการถอดเทปสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มและบันทึกการสังเกต จะกระทำเมื่อรวบรวมข้อมูลได้เสร็จสิ้นเพื่อทราบประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (transcribing interview) ตรวจสอบข้อมูล ทำความเข้าใจถ้อยคำแต่ละวลี หรือประโยค จับประเด็นสำคัญ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสข้อมูล (coding the data) โดยดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มคำ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญออกมาให้รหัส โดยมีการให้รหัสเป็นชื่อเดียวกันในกรณีที่เป็นเรื่องเดียวกัน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการลงรหัสได้มีการปรึกษากับคณะผู้วิจัยและคืนข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อช่วยตรวจสอบความตรงของการลงรหัสกับเนื้อหา พร้อมทั้งจัดทำเป็นสมุดบันทึกข้อมูล (code sheets) ผู้วิจัยนำรหัสข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมจัดประเภทของข้อมูล (identify unit) โดยนำข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันมาเป็นกลุ่มเดียวกัน จากนั้นตีความหาประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาประเด็นย่อย (developing categories) เพื่อเชื่อมโยงเนื้อหาความ

สัมพันธ์ของหมวดหมู่ (connecting) ขั้นสุดท้ายจะเป็นการสร้างข้อสรุปเป็นอุปนัย (analytical induction) ตามการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้อง (verify) โดยการนำเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ โดยข้อมูลที่วิเคราะห์ได้นำไปให้อาสาสมัครบางรายที่สมัครใจและพร้อมในการตรวจสอบข้อมูล ทั้งนี้ หากพบว่าข้อมูลใหม่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อความถูกต้องอีกครั้งก่อนที่จะนำมาเขียนสรุปรายงานผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นครั้งแรกของการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายตามการรับรู้ของอาสาสมัครกลุ่มนักเรียนและกลุ่มครูในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนมสรุปผลการศึกษา ได้เป็น 2 ประเด็นหลักที่สำคัญ ดังนี้

1. สาเหตุของการฆ่าตัวตายในนักเรียน (causes of adolescent suicide) ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้
1.1) ความคาดหวังในการเรียนและการใช้ชีวิตจากผู้ปกครอง
1.2) ปัญหาภายในครอบครัว 1.3) วัชรุนชาติทักษะในการเผชิญกับปัญหา และ 1.4) พฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความคาดหวังในการเรียนและการใช้ชีวิตจากผู้ปกครอง (parents' expectations in education achievements and live)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่าความคาดหวังจากผู้ปกครองต่อตัวนักเรียนในด้านผลการเรียนนำไปสู่การเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดความกดดันในชีวิตรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจและสิ้นหวังในชีวิตส่งผลให้นักเรียนเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายได้:

“ผู้ปกครองคาดหวังว่าลูกต้องสอบเข้าเรียนต่อคณะวิศวกรรมฯ สอบเข้ามหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง...เด็กส่วนใหญ่มาเล่าให้ฟัง พ่ออยากให้เรียนโน้นเรียนนี้ ลูกต้องเก่ง แต่หนูทำไม่ได้หรอก...เด็กก็รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ กดดันตัวเองที่ทำให้พ่อแม่ไม่ได้...” (ครูผู้หญิง, NO. 02)

“ผู้ปกครองมีความคาดหวังกับลูก...คือหากไม่เรียนอันนี้ก็จะไม่ส่งเรียน...ทำให้เด็กเครียด สิ้นหวังในชีวิตได้นะ....

ปกติแล้วเวลาพ่อแม่คาดหวังกับลูกเยอะ ๆ เป็นสิ่งหนึ่งที่บังคับเขาไปในตัวนั้นก็คือการรอบที่พ่อแม่คิดว่ามันต้องไปทางนี้ไปซ้าย..ไปขวา..และก็ตรงไปอะไรแบบนี้ มันเป็นสิ่งที่คอยกดดันเด็ก...” (ครูผู้หญิง, NO. 05)

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครนักเรียนให้ข้อมูลว่าความคาดหวังจากครอบครัวต่อนักเรียนในด้านผลการเรียนนำไปสู่การเกิดความกดดัน เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ และส่งผลต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามที่จะทำร้ายตัวเองได้:

“...คือมันกดดัน...เรียนไม่ได้ ทำงานไม่ได้และก็สอบไม่ได้ เกรดเฉลี่ยไม่ดี....ผู้ปกครองไม่พอใจเราก็เลยเครียด...มันกดดันตัวเอง” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 04)

“พ่อแม่คาดหวังไว้สูงคิดว่าเราจะได้เกรดเฉลี่ยเท่านี้...แต่เราทำไม่ได้อย่างที่เขาคิดไว้....พอพ่อแม่รู้เราก็ดันคิดมาก บางทีนั่งร้องไห้ เพราะหนูเรียนไม่เก่ง...มันท้อใจ” (นักเรียนหญิง ม.6, NO. 07)

1.2 ปัญหาภายในครอบครัว (Family problems)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่า สัมพันธภาพของคนในครอบครัว การเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ ครอบครัวแตกแยกนั้นส่งผลต่อความคิด อารมณ์และความรู้สึกนำไปสู่การเกิดปัญหาการขาดความอบอุ่นในครอบครัว มีพฤติกรรมหนีออกจากบ้าน และที่อาจรุนแรงกว่านั้นคือการมีความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“การเลี้ยงดูจากครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผูกพัน อบอุ่น... พ่อแม่ทะเลาะกันเหล้ามาก็ตีกัน อย่างแรกเด็กก็จะหนีออกจากบ้านและเร่ร่อนไปเรื่อย ๆ มันเป็นปมด้อยสำหรับเด็ก...หากพ่อแม่อุ้มเอาใจใส่...ปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตายคงไม่เกิดขึ้น” (ผู้อำนวยการโรงเรียน, NO. 01)

“ปัญหาครอบครัวแตกแยก การหย่าร้างกัน เด็กส่วนใหญ่จะอยู่กับตายายโอกาสที่เด็กจะขาดความอบอุ่นก็มีสูงซึ่งอาจจะเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหานี้ได้” (ครูผู้ชาย, NO. 06)

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครนักเรียนให้ข้อมูลว่าปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของนักเรียน นักเรียนบางรายรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รองรับอารมณ์ของพ่อแม่ รู้สึกเสียใจที่บรรยากาศในครอบครัว

ไม่ดี ส่งผลให้วัยรุ่นบางรายหันไปพึ่งพายาเสพติด ที่รุนแรงกว่านั้นคือการมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย:

“พ่อกับแม่ทะเลาะกัน...เรื่องเงิน...บรรยากาศในบ้านตอนนั้นเสียไปหมด...พ่อแม่หงุดหงิดและเรื่องก็กลายมาลงมาที่เราและเราก็สงสัยว่า...อ้าวทำไมต้องมาลงที่เรา เหมือนเราเป็นที่รองรับอารมณ์...และเราก็เป็นผู้ที่รองรับอยู่เพียงคนเดียว ทั้งสงสัยและเสียใจ” (นักเรียนชาย ม.6, NO. 02)

“ผมถูกพ่อแม่มองว่าใช้เงินเปลือง...ช่วงนั้นพ่อตกงานด้วยซึ่งผมก็ไม่พอกิน ผมก็ขอเพิ่ม...เพราะมันมีเรื่องค่าใช้จ่ายในการเรียน ต้องซื้ออุปกรณ์การเรียน...ผมเลยหันไปกินเหล้าสุบุนหรีทั้งที่ผมไม่เคยใช้มัน...มันเครียด มันท้อ...หนักสุดผมไปเสพยาพิษ...เครียดหนัก...หลายครั้งเคยผูกคอตายแต่มันไม่ตาย...” (นักเรียนชาย ม.6, NO. 09)

1.3 วัยรุ่นขาดทักษะในการเผชิญกับปัญหา

(Lack of problem-solving skill)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่าหากเกิดปัญหาในชีวิต ปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัวนักเรียนบางรายจะหันไปพึ่งพายาเสพติด การคบเพื่อนที่ไม่ดี บางรายมีความรักในวัยเรียนนำไปสู่การตั้งท้องก่อนวัยอันควรซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนได้:

“เมื่อเกิดปัญหาขึ้นนักเรียนเหล่านี้ก็จะหนีเรียน คบเพื่อนที่ไม่ดี เกรง หันไปพึ่งยาเสพติด บางรายมีแฟนอาจมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีท้องในวัยเรียน สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดความผิดหวังและอาจนำไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา” (ผู้อำนวยการโรงเรียน, NO. 01)

ในขณะที่กลุ่มอาสาสมัครนักเรียนให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรักในวัยเรียนว่า การมีความรักในวัยเรียนส่งผลให้เกิดเครียดโดยเฉพาะการตั้งท้องก่อนวัยอันควรสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความกดดัน ขาดที่ปรึกษาที่ไว้วางใจ เกิดความรู้สึกกลัว หากปรึกษาคนในครอบครัวเพราะทำให้ครอบครัวผิดหวัง ซึ่งอาจนำไปสู่ความคิดการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“ท้องในวัยเรียน...คบกับแฟนอยู่แล้วท้อง คือมันเครียด...ไม่กล้าที่จะบอกพ่อแม่ กลัวพ่อแม่เสียใจนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเอง เราไม่มีทางออกเพราะไม่รู้จะปรึกษาใคร...ส่วนใหญ่ก็ไปทำแท้ง...ไม่อย่างนั้นก็ทำร้ายตัวเอง...คิดสั้นมันไม่มีทางออก” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 07)

“ความรักไม่มีจุดตายตัว...มันอาจจะมียางครั้งดี บางครั้งไม่ดี มีสุข มีทุกข์ ตอนมีความสุขเราก็กิน ตอนมีความสุขเราก็จะทุกข์กับมันไปตลอด มันจะรู้สึกซึมเศร้า...เครียดหนัก...ท้อแท้จนถึงขั้นฆ่าตัวตาย...” (นักเรียนชาย ม.6, NO. 07)

นอกจากนี้ อาสาสมัครนักเรียนให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาในการเรียนโดยเฉพาะการได้ผลการเรียนต่ำส่งผลให้นักเรียนรู้สึกผิด กลัวโทษตัวเอง เกิดความกดดันทางอารมณ์ ไม่รู้จะแก้ปัญหาก็เกิดขึ้นอย่างไรจึงอาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย:

“เรียนไม่ทัน...ก็ไม่เข้าใจ หันมาโทษตัวเองหลาย ๆ เรื่อง...ผลการเรียนไม่ดีก็มักจะโทษตัวเอง มันสะสมมาเรื่อย ๆ...จนไม่รู้จะทำอย่างไรหันมาทำร้ายตัวเอง เช่น กรีดแขนตัวเอง ทบกำแพง...อดข้าวอดน้ำ เป็นต้น” (นักเรียนชาย ม.5, NO. 03)

1.4 พฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อ (Bullying and imitating behavior from the media)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่าพฤติกรรมการกลั่นแกล้งกันเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้นักเรียนรู้สึกเครียด มีพฤติกรรมการไม่อยากเข้าเรียน นักเรียนบางรายได้ออกจากโรงเรียนเนื่องจากรู้สึกเศร้าและรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจจากการถูกกลั่นแกล้ง ตลอดจนโอกาสที่นักเรียนจะมีการลอกเลียนแบบพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจากสื่อ ภาพยนตร์ ละคร อาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนได้:

“สื่อ อินเทอร์เน็ตก็มีอิทธิพลพอสมควรนะ เด็กบางรายลอกเลียนแบบอาจจะทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ หากไม่ได้ตามที่เรียกร้องเด็กก็จะรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจนำไปสู่การเกิดความเครียดและการมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตายได้นะ” (ครูผู้หญิง, NO. 02)

“...บางรายเด็กเครียดเพราะการถูกกลั่นแกล้งจากกลุ่มเพื่อน...เอาความจริงของครอบครัวเพื่อนมาล้อเล่น...นักเรียนบางรายขาดโรงเรียนบ่อยขึ้นเพราะโดนเพื่อนแกล้ง...ขาดเรียนมากขึ้น ๆ แล้วค่อยหายไป อยู่สักพักก็ปวกปอดก็มาทำเรื่องลาออกให้แต่ไม่ใช่นักเรียนส่วนใหญ่” (ครูผู้หญิง, NO. 05)

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครนักเรียนให้ข้อมูลว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งกันในกลุ่มเพื่อนมีผลต่อการใช้ชีวิต โดยเฉพาะ พฤติกรรมการหนีเรียน ไม่ประสบความสำเร็จจากการเรียน มีความท้อแท้ใจจากการถูกเพื่อนกลั่นแกล้ง ซึ่งนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้:

“เพื่อน...เวลาเขาไม่พอใจเรา...เขาก็จะเอาเรื่องของเราไปนินทาให้กับคนอื่น ๆ ฟัง เช่น นินทาเราเรื่องแฟน พูดเสีย ๆ หาย ๆ ให้กับเรา หรือนินทาเรื่องนิสัยของเราให้คนอื่นฟัง...” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 08)

“เพื่อนแกล้ง...มันมีครั้งหนึ่งที่เพื่อนโดนแกล้งหลาย ๆ อย่าง ๆ ...เหมือนเอาของเพื่อนไปซ่อนและไม่เอามาคืน เช่น โทรศัพท์... และเขาก็หนีเรียนไปเลย. มารู้ทีหลังขอตรูอ้อนเรียน.. เพราะทนเพื่อนไม่ไหวและไม่เรียนต่ออีกเลย..มันอาจจะฆ่าตัวตายอย่างนี้เพราะมันเครียดหนัก...” (นักเรียนชาย ม.5, NO. 03)

2. การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษา

(Prevention of adolescent suicide)

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนสรุปได้ 4 ประเด็นย่อย ดังนี้ 2.1) การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต 2.2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน 2.3) การสนับสนุนจากครอบครัว และ 2.4) การสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนภายในโรงเรียน ดังรายละเอียดต่อไปนี้:

2.1 การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต (Cultivating the self-resilience)

อาสาสมัครกลุ่มให้ข้อมูลว่าการเปิดโอกาสให้นักเรียนค้นพบตัวเอง ได้ทำตามสิ่งที่ตนเองถนัด การฝึกให้นักเรียนได้เห็นคุณค่าในตัวเอง การสร้างความเข้าใจในตัวเอง ปลุกฝังการคิดเชิงบวกสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนได้:

“...การจัดให้นักเรียนได้สามารถค้นพบตัวเอง....ได้ทำอะไรตามความถนัด...ความชอบนั้นก็จะสามารถช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้นะ....” (ผู้อำนวยการโรงเรียน, NO. 01)

“...ทำอย่างไรให้เด็กเขาเห็นคุณค่าในตัวเอง เห็นคุณค่าในชีวิต...เมื่อเจอปัญหาในชีวิตก็จะไม่ถอย...สิ่งที่ตัวเด็กเองต้องมีคือรักตัวเอง...สังเกตเด็กที่มีปัญหาส่วนใหญ่มา

จากเพราะเขาไม่รักตัวเอง...อยากจะหากิจกรรมที่ทำให้เขารักตัวเองทำนะมันก็จะช่วยได้” (ครูผู้หญิง, NO. 07)

นอกจากนี้ อาสาสมัครกลุ่มนักเรียนให้ข้อมูลว่าการสร้างความมีคุณค่าในชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นมีส่วนสำคัญและจำเป็นในการช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“การสร้างความมีคุณค่าในตัวเองมีความจำเป็นและสำคัญมากค่ะในชีวิตคนเรา...การฝึกมองชีวิตในเชิงบวก...การทำให้ตัวเรามีคุณค่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการป้องกันการฆ่าตัวตาย...” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 04)

“การปลุกฝังการมีคุณค่าในตัวนักเรียนมีความจำเป็นอย่างมากในช่วงรอยต่อทุกชั้นเลย...เพราะวัยรุ่นต้องมีความคาดหวัง...” (นักเรียนชาย ม.6, NO. 01)

2.2 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support)

อาสาสมัครกลุ่มครูและกลุ่มนักเรียนให้ข้อมูลว่าเพื่อนมีส่วนสำคัญในการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา ให้เข้าใจ ตลอดจนสามารถรักษาความลับของเพื่อนที่มีปัญหาสามารถที่จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในนักเรียนได้:

“...กลุ่มเพื่อนของนักเรียนมีส่วนช่วยในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้... เด็กเขาจะเล่าสู่กันฟังเวลามีปัญหาเกิดขึ้น... เขาจะได้อยู่ด้วยกัน... และจะเข้าใจกันกลุ่มของเขาให้คำปรึกษากันและกัน...” (ครูผู้หญิง, NO. 02)

“เพื่อนจะช่วยเป็นที่ปรึกษา....ที่เราสามารถปรึกษาได้และเป็นที่สนิทเรา...รักษาความลับของเราได้...มองเราเขาก็เดาออก...เป็นที่ปรึกษา...เป็นที่ระบายให้กับเรา” (นักเรียนชาย ม.6, NO. 02)

2.3 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่าการที่มีครอบครัวเข้าใจ ให้ความรัก คอยรับฟัง ให้ความอบอุ่น ให้การดูแลช่วยเหลือ แนะนำและให้คำปรึกษาในทางที่ถูกต้อง นอกจากนี้ อาสาสมัครกลุ่มนักเรียนให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การที่มีครอบครัวเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือแนะนำและให้คำปรึกษาในทางที่ถูกต้องสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“...สายใยรักจากครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญครับ...ผมเข้าใจว่ามันต้องแก้ไขจากพื้นฐานครอบครัว...หลัก ๆ ของผมคือการสร้างความเข้าใจของคนในครอบครัว...เปิดโอกาสให้เด็กได้พูด...ได้เล่าในสิ่งที่เขาต้องการ....พ่อแม่ก็คอย

รับฟังหรือมาร่วมหาข้อตกลงร่วมกัน...การดูแลเลี้ยงดูจากครอบครัวหากพื้นฐานในครอบครัวดี มีความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันปัญหาเหล่านี้ก็เกิดขึ้นได้ยาก...” (ผู้อำนวยการโรงเรียน, NO. 01)

“คำปรึกษาจากครอบครัว ช่วยแนะนำเราในทางที่ถูกต้องและให้ความรัก ความใส่ใจจากครอบครัวก็จะช่วยป้องกันเรื่องแบบนี้ได้” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 02)

2.4 การสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนภายในโรงเรียน (Teachers and school supportive environments)

อาสาสมัครกลุ่มครูให้ข้อมูลว่าการที่มีครูเปิดใจยอมรับในตัวนักเรียน เป็นที่ปรึกษา คอยเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการมีช่องทาง หรือ เปิดโอกาสให้หน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“ระบบครูที่ปรึกษาสามารถช่วยเราได้เยอะเลย...ครูที่ปรึกษาต้องคอยติดตาม ออกเยี่ยมบ้าน ช่วยคัดกรองนักเรียน...ครูที่ปรึกษามีบทบาทที่สำคัญ...เอาใจใส่เด็ก...ให้ความใกล้ชิดกับเด็กนักเรียน...” (ครูผู้หญิง, NO. 02)

นอกจากนี้อาสาสมัครกลุ่มครูบางส่วนให้ข้อมูลว่าการที่มีหน่วยงานภายนอกมาช่วยให้คำปรึกษาในด้าน การดูแลนักเรียน การมีช่องทางอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือก็จะสามารถช่วยกันในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“...ก็อยากให้มีจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช มาให้ความสำคัญและสร้างความตระหนักให้กับครูเราก่อน...และก็มาให้ความรู้กับการดูแลนักเรียนเราด้วย...อาจจะเข้ามาในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างความตระหนักในการดูแลนักเรียนและการสังเกตพฤติกรรมเพราะครูเองก็ไม่ได้รู้ทั้งหมดนะ....โรงเรียนก็พร้อมสนับสนุนแต่ยังไม่มีหน่วยงานไหนเข้ามาขอ...อยากให้มันะ” (ครูผู้หญิง, NO. 07)

สำหรับอาสาสมัครกลุ่มนักเรียนให้ข้อมูลว่าการสนับสนุนจากครูและโรงเรียนมีส่วนสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การที่มีครูเป็นที่ปรึกษาให้ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนได้:

“ครูที่ปรึกษา....เวลาที่เรามีเรื่องไม่สบายใจก็สามารถ

ขอคำปรึกษาได้ สถานการณ์เป็นแบบนี้เราจะทำอะไร...แนวทางจากครูที่ปรึกษาได้” (นักเรียนหญิง ม.5, NO. 02)

“คุณครูที่ใจดี ไม่ทอด....คุยกับเราได้ทุกเรื่อง...เป็นครูที่เก็บความลับเก่ง ไม่เอาเรื่องของเราไปบอกใคร...” (นักเรียนชาย ม.5, NO. 10)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และกลุ่มครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนมตามการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มครูพบว่า ความคาดหวังในการเรียนและการใช้ชีวิตของวัยรุ่นจากผู้ปกครอง ปัญหาภายในครอบครัว วัยรุ่นขาดทักษะในการเผชิญกับปัญหา และพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ การศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุ การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความคาดหวังของผู้ปกครอง วัยรุ่นขาดทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับปัญหา วัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างเนื่องจากขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมและผู้ปกครองขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น^{14,23} แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในจังหวัดนครพนมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติดต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทั้งด้านร่างกายและด้านสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น^{17,18} การศึกษาวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับสาเหตุการฆ่าตัวตายยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นตามมุมมองการรับรู้ของวัยรุ่นและครอบครัวที่พบ

ว่าหากวัยรุ่นมีปัญหาทางสุขภาพจิตจะนำมาสู่อารมณ์รุนแรง เศร้ามาก โกรธแค้น ยับยั้งความคิดไม่ได้เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้วัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น²⁴ นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ต่อความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในประเทศมาเลเซีย พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งและได้รับการทารุณกรรมจากครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ¹⁷ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นอกจากอธิบายถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ตามการรับรู้ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และกลุ่มครูยังพบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วยการสร้างความเข้มแข็งในชีวิต การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนภายในโรงเรียนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุ การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่^{14,23}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรพิจารณาการพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียโดยนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาแก่นักเรียนและครูต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยประยุกต์ (apply research) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น การวิจัยและพัฒนา หรือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสำหรับกลุ่มนักเรียนและกลุ่มครูและบุคลากรทางการศึกษาในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาต่อไป

References

1. Thammaraksa P, Powwattana A, Wannasuntad S, Tipkanjanaraykha T. Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(5):224-38. (in Thai)
2. Thammaraksa P, Powwattana A. Whether or not multiple risk behaviors in Thai adolescents is preventable?. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2018;34(2), 173-88. (in Thai)
3. Chan YY, Lim KH, Teh CH, Kee CC, Ghazali SM, Lim KK, et al. Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation among adolescents in Malaysia. Int J Adolesc Med Health. 2016;30(3): PMID: 27508957.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009;373(9672):1372-81.
5. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: Public health perspectives. Eur Psychiatry 2010;25(5):252-6.
6. World Health Organization. World Mental Health Day 2019: focus on suicide prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2019-focus-on-suicide-prevention>

7. National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 2012 national strategy for suicide prevention: goals and objectives for action: a report of the US Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington D.C.: US Department of Health & Human Services (US); 2012
8. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N. Current drinking and health-risk behaviors among male high school students in central Thailand. BMC public health. 2011;11(1):233. doi: 10.1186/1471-2458-11-233. (in Thai)
9. Sam-Angsri N, Assanangkornchai S, Pattanasattayawong U, Muekthong A. Health-risk behaviors among high-school students in southern Thailand. J Med Assoc Thai. 2011;93(9):1075-83. (in Thai)
10. Rungsang B, Chaimongkol N. The prevalence of suicidal ideation among high school students in Thailand and its potential related risk factors. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2017;12(1):31-35. (in Thai)
11. Polpipatpong S, Chaimongkol N, Vatanasin S. Suicide ideation and Its associated factors. Journal of Faculty of Nursing, Burapha University 2018;26(1):40-9. (in Thai)
12. Mental Health Department, Ministry of Public Health. Suicide Prevention Project Report Khon Kean Psychiatric Hospital [internet]. Khon Kean: Khon Kean Psychiatric Hospital; 2562 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/>
13. Lortrakul M. Suicide: management and Prevention. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project. Faculty of Medicine, Mahidol University; 2553. (in Thai)
14. Chaniang S, Fongkaew W, Sethabouppha H, Lirtmunlikaporn S, Schepp KG. Development of a suicide prevention program for Thai adolescents. [Doctor of Philosophy in Nursing]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017.
15. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. Clin Psychol Rev 2014;34(3):181-92.
16. Thanoi W, Phanchaoenworakul K, Thompson EA, Panitrat R, Nityasuddhi D. Thai adolescent suicide risk behaviors: testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. Pac Rim Int J Nurs Res Thail 2010;14(3):187-202.
17. Ahmad N, Cheong SM, Ibrahim N, Rosman A. Suicidal ideation among Malaysian adolescents. Asia Pac J Public Health 2014;26 Suppl 5:63S-9S.
18. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. J Youth Adolesc. 2013;42(5):675-84.
19. Kaewwiengdach C, Hirunwatthanakul P. Factors associated with sexual risk behaviours among secondary school students in Nakhon Phanom Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses, 2016;17(3):168-77. (in Thai)

20. Prabmeechai S, Rueangworaboon S. The effects of sex education learning program on sexual knowledge and satisfaction with the program of high school students. *Srinagarind Med J* 2017;32(3):263-8. (in Thai)
21. Somkumlung P, Kata W. Capacity assessment of family with adolescent childat Muang Nakhon Phanom Municipality, Nakhon Phanom Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2019;22(1), 28-39. (in Thai)
22. Chaniang S. Meuangkhwat P. Klongdee K. Factors related to suicide risk behaviors among secondary school students in Nakhon Phanom Province. *Journal of the Police Nurses* 2020; 12(1):28-35. (in Thai)
23. Chaniang S, Fongkaew W, Sethabouppha H, Lirtmunlikaporn S, Schepp KG. Perceptions of adolescents, teachers and parents towards causes and prevention of suicide in secondary school students in Chiang Mai. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* 2019;23(1):47-60.
24. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S, Rungreangkulkij S. Attempted suicide triggers in Thai adolescent perspectives. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(3):334-41.
25. Lambert VA, Lambert CE. Qualitative descriptive research: an acceptable design. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* 2012;16(4):255-6.
26. Morse, JM. Qualitative nursing research: a contemporary dialogue. Newbury Park: Sage Publications; 1991.
27. Lincoln, YS, Guba, EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
28. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications;1994.

บทความวิจัย

รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
The Community Health Nursing Practicum Models in Distance Learning System,
School of Nursing at Sukhothai Thammathirat Open University

Received: Nov 22, 2020

Revised: Jan 28, 2021

Accepted: Feb 5, 2021

นภาพะ เพ็ญ จันทขัมมา, สด. (Napaphen Jantacumma, DrPH)¹

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (จพ.) ด้วยระบบการศึกษาทางไกล เป็นอีกคำตอบที่สามารถสร้างพยาบาลวิชาชีพ ที่มีภูมิลำเนาเกิดในอยู่ในชุมชนและเข้าใจบริบทของชุมชนได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่พึงประสงค์

ระเบียบวิธีวิจัย: ผู้วิจัยใช้ AUN-QA ระดับหลักสูตรเป็นกรอบแนวคิด ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนและระบบการศึกษาทางไกล จำนวน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาสัมภาษณ์ 45-60 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำ วิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้ Content analysis และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับชุดวิชาอนามัยชุมชน ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ 3 ข้อ 2) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกลมี 3 รูปแบบ คือ (1) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา (2) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และ (3) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม

สรุปผล: รูปแบบการฝึกปฏิบัติทั้ง 3 รูปแบบ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมต่อระบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการเรียนการสอนทางไกล เพราะผู้เรียนได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาพยาบาลชุมชนจากรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา และได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีตามกิจกรรมและการพยาบาลที่กำหนดจากผลลัพธ์การเรียนรู้จากรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความรู้และทักษะทางการพยาบาลตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ตามที่ชุดวิชาพยาบาลชุมชนกำหนด โดยมีการประเมินผลความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเรียนตลอดภาคการศึกษามาใช้ในการพยาบาลชุมชนและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นจากรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม

ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Corresponding author, อาจารย์พยาบาล ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

E-mail: napaphen.jan@stou.ac.th

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

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบต่างๆ ของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกลทั้ง 3 รูปแบบ ต้องร่วมมือกับอาจารย์สอนเสริมปฏิบัติการพยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดความรู้และความสามารถทางการพยาบาลสู่นักศึกษา จึงควรจัดระบบที่ทำให้ผู้ร่วมสอนและผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ เช่น หลักสูตรอบรมและสัมมนาผู้ร่วมสอน เป็นต้น

คำสำคัญ: รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน, การศึกษาทางไกล, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Abstract

Introduction: Development of the Bachelor of Nursing Science Program for Public Health Officer with the distance learning system is one way to create professional nurses, who lived in the community and understanding the community context very well.

Research objectives: The purpose of this research was to develop community health nursing practicum models for a distance learning system in order to achieve expected learning outcomes.

Research methodology: The AUN-QA at program level was used as a conceptual framework. The key research informants were six experts on community health nursing and distance education systems. Research data were collected via in-depth interviews based on main interview questions created by the researcher. Each interview took 45-60 minutes. Interview contents were transcribed word-by-word from the interview tape recording. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Results: The results showed that 1) the expected learning outcomes for Community Health Nursing practicum at the course level were created from the distribution of the 25 expected learning outcomes at the program level into six domains as follows: (1) virtues and morality; (2) knowledge; (3) intellectual skills; (4) interpersonal skills and responsibility; (5) numerical analysis, communication and information technology; and (6) professional practice skills; and 2) three nursing practicum patterns in a distance learning system were created including (1) the selected nursing practicum for each course (2) the selected nursing practicum for case studies, and (3) the intensive nursing practicum.

Conclusions: Three nursing practicum patterns were suit for the distance learning system because of the students will be trained to acquire necessary skills to practice in the community nursing course by the selected nursing practicum. They will be trained for practicing on a case study design according to the activities and nursing practices congruent with learning outcomes by the selected nursing practicum. Lastly they will learn and practice for developing nursing knowledge and skills according to the learning outcomes by the intensive nursing practicum.

Implications: The three types of nursing practice of this distance education system must be cooperated with the nursing practice instructor and mentors to pass on nursing knowledge and abilities to students. Therefore, it needs a system giving them confidence in teaching, such as training courses and seminars for co-teaching staff.

Keywords: Community Health Nursing practicum model, distance learning, Sukhothai Thammathirat Open University

บทนำ

การจัดการศึกษาในระบบการเรียนการสอนทางไกลเป็นการจัดการศึกษาวิธีหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สร้างความเป็นผู้ที่มีคุณภาพและความมีวินัยในตนเองสูง มีความรับผิดชอบในการวางแผนการศึกษาและควบคุมความก้าวหน้าด้านการเรียนของตนได้อย่างเหมาะสม ระบบการศึกษาทางไกลของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลสู่ระดับอุดมศึกษา เริ่มต้นจากการเปิดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) สำหรับพยาบาลที่ยังไม่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และพยาบาลเทคนิคซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 2 ให้ได้มีโอกาสเรียนเพื่อพัฒนานตนเองสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานประจำ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2527 โดยผลิตบัณฑิตพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ สามารถขึ้นทะเบียนได้รับใบประกอบวิชาชีพเพื่อออกไปรับใช้ประเทศมากกว่า 10,000 คน¹ และได้ผลิตหลักสูตรในปีการศึกษา 2556 เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2548 ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่ให้สถาบันการศึกษาหยุดการเรียนการสอนในหลักสูตรต่อเนื่อง แต่เนื่องจากสภาพการณ์ปัจจุบันที่ระบบบริการสุขภาพยังขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจำนวนมาก โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ แม้ว่าจะมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพจากสถาบันการศึกษาทั่วประเทศเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

สภาการพยาบาลได้เห็นโอกาสของการพัฒนาเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนให้เป็นพยาบาลวิชาชีพด้วยระบบการศึกษาทางไกลที่สามารถเรียนและปฏิบัติงานประจำไปด้วยโดยไม่เสียโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นบุคลากรที่ได้รับการเตรียมในเบื้องต้นเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนและปฏิบัติหน้าที่อยู่ทั่วประเทศอยู่แล้ว นอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ห่างไกลแล้ว ยังช่วยให้ประชาชนไทยทั่วประเทศได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานยิ่งขึ้น

ประกอบกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจำนวนมากมีความต้องการพัฒนาตนเองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล² สภาการพยาบาลจึงมีมติให้สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชจัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 เพื่อเปิดสอนทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของมหาวิทยาลัยคือการผลิตบัณฑิต โดยยึดหลักการศึกษาตลอดชีวิต เพิ่มพูนวิทย์ฐานะสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพของประชาชนทั่วไป ด้วยการจัดระบบการเรียนการสอนทางไกลซึ่งไม่แยกวิถีการเรียนรู้จากการทำงานและชีวิตประจำวัน³ และสามารถสนองนโยบายของรัฐบาลที่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วประเทศได้จำนวนมาก เนื่องจากยังมีผู้ต้องการเข้าศึกษาในหลักสูตรจำนวนเกินกว่า 10,000 คน ทั่วประเทศ ถึงแม้ว่าเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพทั่วไปของประชาชน แต่ทีมผู้จัดทำหลักสูตรเล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกลเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนในการที่จะพัฒนานตนเองจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านความรู้ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล

การเตรียมพร้อมในทุกชุดวิชาที่มีการจัดฝึกปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องมีการศึกษาความต้องการของผู้เรียนโดยการศึกษาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ขณะที่การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งเป็นชุดวิชาที่มีกระบวนการชัดเจนในการดูแลสุขภาพชุมชนและประชาชน จึงได้นำแนวคิดของการศึกษาเชิงผลลัพธ์ (outcome based education) และกระบวนการเรียนรู้ในระบบการศึกษาทางไกล^{3,5} มาออกแบบวิชาการศึกษาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เป็นบัณฑิตพยาบาลที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านอนามัยชุมชน สร้างเสริมสุขภาพชุมชนและประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้หลักการ Outcome based education ตาม Guide to ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA) Assessment at Programme Level พัฒนาโดย ASEAN University Network version 3.0 ปี พ.ศ. 2015 โดยถ่ายทอดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs) พยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชนลงสู่ระดับชุดวิชา³ (Course Learning Outcomes: CLOs) ร่วมกับการใช้แนวคิดของรูปแบบการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล เพื่อออกแบบการเรียนการสอนและการประเมินผลผู้เรียนเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ในการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่เป็นชุดวิชาหนึ่งของข้อกำหนดสำคัญสำหรับมาตรฐาน คุณวุฒิการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี (ภาพที่ 1)

วัตถุประสงค์การวิจัย

พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่พึงประสงค์

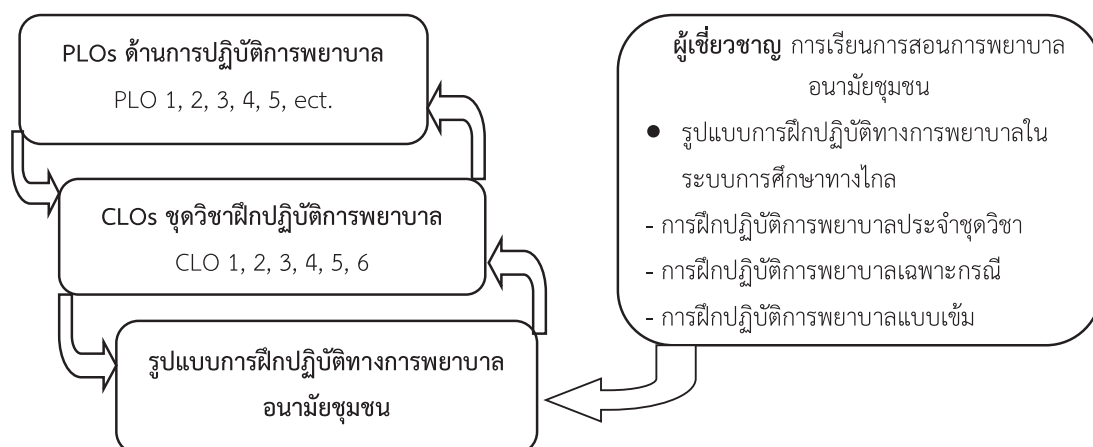
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (applies research) โดยมีขั้นตอนการศึกษา 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร กระจายลงสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับชุดวิชา

พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยเริ่มด้วยการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ในระบบการศึกษาทางไกลทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่างรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล โดยการถ่ายทอดผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcomes) ระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ลงสู่ชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยออกแบบและจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ด้วยการจัดทำตาราง (matrix) ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร กับ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของชุดวิชาอนามัยชุมชน ตรวจสอบความสอดคล้อง เหมาะสม รวมทั้งลำดับในการศึกษา และนำผลลัพธ์การเรียนรู้มาพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) (ร่าง) คำอธิบายชุดวิชาอนามัยชุมชน 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และระดับชุดวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 3) แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูลในมุมมอง 2 ประเด็น ได้แก่ คำอธิบายชุดวิชาอนามัยชุมชน และผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับชุดวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล

นำ (ร่าง) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน มาพัฒนาและปรับปรุงโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาทางการพยาบาลอนามัยชุมชนและการศึกษาทางไกล จำนวน 6 คน โดยมีคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านการสอนในชุดวิชาการศึกษาพยาบาลอนามัยชุมชนไม่น้อยกว่า 10 ปี 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์สอนเสริมให้แก่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มสธ. ไม่น้อยกว่า 10 ปี 3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนในหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แล้วผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาและปรับปรุง (ร่าง) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย

1) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล และ 2) แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูลในมุมมอง 2 ประเด็น ได้แก่ (1) การเตรียมรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการศึกษาพยาบาลอนามัยชุมชนสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และ (2) รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการศึกษาพยาบาลอนามัยชุมชน สถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย การเรียบเรียงเนื้อหาที่มีความสำคัญ (condensation) การให้รหัส (coding) การจัดหมวดหมู่ (category) การสรุปสาระสำคัญ (theme) และเพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และป้องกันความผิดพลาด จะต้องมีการตรวจสอบความ สอดคล้องของข้อมูล โดยใช้ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมมา ว่าแตกต่างกันหรือไม่ จึงดำเนินการสรุปผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งเอกสารที่พัฒนาหลักสูตรจัดทำขึ้น ได้แก่ (ร่าง) คำอธิบายชุดวิชาอนามัยชุมชน ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตรและระดับชุดวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล และแนวคำถามหลัก ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาทีต่อคน และใช้

เทปบันทึกเพื่อเก็บข้อมูลจากการถอดเทปแบบคำต่อคำ ร่วมกับแบบบันทึกการสังเกต (non-participant observation) ซึ่งเป็นแบบสังเกตในประเด็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเห็นด้วยกับการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาทางไกลนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ NS. 013/2562 ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกลจากผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนการพยาบาลอนามัยชุมชนและผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาลทางไกล โดยแบ่งการเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตรกระจายลงสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับชุดวิชา โดยนำผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร โครงสร้างหน่วยกิตที่คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรกำหนด มาพิจารณาร่วมกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ปรัชญา และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การจัดเตรียมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดการ ด้วยวิธีการถอดเทป 2) กำหนดประเด็นในการวิเคราะห์โดยพิจารณาจากประเด็นข้อคำถามในการสัมภาษณ์ 3) การให้รหัสและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ทั้งหมด 4) วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการวิจัย ซึ่งพบจากการสังเกตว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีปฏิกิริยาเห็นด้วยต่อการพัฒนาหลักสูตรนี้ มีความยินดีและตั้งใจในการให้ข้อมูลทุกประเด็นคำถาม ดังสรุปเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของ

ชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม มีรายละเอียดดังนี้

(1) มีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา (2) มีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและบุคคลอื่น (3) แสดงออกถึงการเคารพสิทธิคุณค่า ความแตกต่าง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง (4) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพ และสิทธิของพยาบาล

2. ความรู้ มีรายละเอียดดังนี้ (1) มีความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (2) มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (3) มีความรู้และความเข้าใจในการวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน และสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล (4) มีความรู้และความเข้าใจในระบบสุขภาพระบบบริการสุขภาพ การบริหารจัดการทางการพยาบาล (5) มีความรู้และความเข้าใจกฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย (6) มีความรู้และเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้เหมาะสมกับประเภทการใช้งาน การสื่อสาร และผู้รับสาร

3. ทักษะทางปัญญา มีรายละเอียดดังนี้ (1) สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (2) สามารถคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลได้

4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีรายละเอียดดังนี้ (1) มีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง (2) สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในบริบทหรือสถานการณ์ที่หลากหลาย (3) สามารถแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล และเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น (4) มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสามารถจัดการตนเองในการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษาทางไกล

5. ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีรายละเอียดดังนี้ (1) สามารถประยุกต์ใช้หลักทางคณิตศาสตร์และสถิติในการปฏิบัติการ

พยาบาล (2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) สามารถสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพอย่างปลอดภัย

6. ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

(1) สามารถปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเป็นองค์รวม เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ (2) สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (3) สามารถปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ด้วยความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน

การเตรียมรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

โดยสามารถแบ่งหัวข้อการเตรียมรูปแบบการฝึกออกเป็น 2 ประเด็นคือ ด้านตัวผู้เรียน และด้านรูปแบบการฝึก ดังนี้

ด้านตัวผู้เรียน

โดยได้มาจากประเด็นคำถามหลักคือ “การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จะต้องเตรียมการด้านผู้เรียนอย่างไรบ้าง” ทั้งนี้เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่จะเข้ารับการศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานอยู่เดิม โดยคุ้นเคยกับการทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชน สามารถทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ดี ได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือจากชุมชนในการทำกิจกรรมส่วนรวมหรือในระดับครอบครัว แต่เป็นการทำกิจกรรมทั่วไปที่ยังไม่ได้ใช้หลักการหรือกระบวนการพยาบาลชุมชน หรือแม้แต่ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็จะเป็นการช่วยเหลือแบบทั่วไปโดยไม่ได้ใช้หลักการหรือทักษะของการให้การพยาบาล ดังข้อมูลต่อไปนี้ “จากประสบการณ์ที่สอนเด็กกลุ่มนี้ บอกได้เลยค่ะว่าเด็กจะมีปัญหาในเรื่องของทักษะ คือเขาสามารถทำได้ แต่ทักษะของการให้การพยาบาลยังเป็นรูปแบบของ จพ. ไม่ใช่ทักษะ

ของพยาบาลวิชาชีพ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“พี่ไม่ค่อยห่วงเรื่องการทำกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ในชุมชนนะ เพราะเขาสามารถทำได้ดี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรม แต่จะสังเกตได้เลยว่า เขาจะตอบไม่ได้ว่าเป้าหมายของการทำโครงการคืออะไร หรือตัวที่จะบอกว่าผลลัพธ์ของโครงการดูจากอะไรได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“การปฏิบัติเดิมของกลุ่ม จพ. ที่พบคือ เขาจะทำโครงการตามที่เคยๆ ทำมา วัดผลแบบเดิม ๆ หรือทำตามนโยบายของหน่วยเหนือ ไม่ได้ทำเพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของชุมชน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

ด้านรูปแบบการฝึก

จากประเด็นคำถามหลักคือ “รูปแบบการฝึกปฏิบัติในระบบการศึกษาทางไกล การพยาบาลอนามัยชุมชน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างไร” ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า เนื้อหาของการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน รวม 64 ชั่วโมง มีความเหมาะสม และจากการพิจารณา curriculum mapping มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 คืออยากให้มีจุดดำเนินหมวดทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ หัวข้อที่ 4.2 สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในบริบทหรือสถานการณ์ที่หลากหลาย เพราะเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นชัดเจนในการทำงานร่วมกับชุมชน ส่วนหมวดคุณธรรมจริยธรรม มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการกล่าวถึงในประเด็นข้อ 1.4 แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลตระหนักในคุณค่าวิชาชีพ และสิทธิของพยาบาล โดยทั้งนี้อาจไม่ต้องมีการวัดและประเมินก็ได้ แต่ควรจะกล่าวถึงด้วย

รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกลทั้ง 3 รูปแบบ

สามารถแยกประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะชุดวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนจำนวน 3 หน่วยกิต คิดเป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะชุดวิชาจำนวน 64 ชั่วโมง ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยง

ที่ต้องศึกษาเอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลชุมชน นำมาประยุกต์ใช้ในการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะชุดวิชา โดย นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามที่กำหนดคือ

(1) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคซับซ้อน 1 ราย จำนวน 5 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปวางแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป ครั้งที่ 2, 3, และ 4 เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้หลักการของการเยี่ยมบ้าน ครั้งสุดท้ายในครั้งที่ 5 เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินผลและปิดกรณี ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อพิจารณาเพิ่มเติมว่า “พี่ว่าควรมีการกำหนดกลุ่มที่จะให้เยี่ยมบ้าน ควรเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเช่น ครอบครัวที่มีวัยเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่ม NCD กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลพิเศษ โดยเราจะต้องเป็นคนที่กำหนดเคสให้เพราะจากประสบการณ์ของหลักสูตรต่อเนื่องในอดีต พบว่าเราให้เขาเลือกเอง ก็เลือกครอบครัวที่แทบจะไม่มีปัญหาอะไรเลย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

(2) การตรวจรักษาโรคเบื้องต้นที่เรากำหนดโรคให้แก่นักศึกษาในการเก็บข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 3 ราย ดังข้อมูลว่า “เราสามารถให้ Preceptor เป็นคนดูแลขณะตรวจร่างกาย แต่เราสามารถให้เขานำเสนอออนไลน์ได้นะ โดยส่งคลิปวิดีโอมาให้อาจารย์ดู และให้ Preceptor ดูด้วย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

(3) กิจกรรมการพยาบาลในครอบครัวและชุมชน เช่น ผู้สอนสามารถกำหนดหลายกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนเลือกเก็บอย่างน้อย 3 กิจกรรม ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อเสนอแนะว่า “ปกติการเยี่ยมบ้านเราจะเยี่ยมแค่เพื่อที่จะดูความต่อเนื่อง น่าจะเป็นการเยี่ยมให้ได้ครบ 5 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการเยี่ยมเพื่อศึกษาข้อมูลแล้วนำมาวางแผน ส่วนครั้งที่ 2 เยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลตามกรอบการเขียนของ SOAP (S: subjective data, O: objective data, A: assessment, P: plan) และเขียนรายงานการเยี่ยม ติดตามเยี่ยมอีกสองครั้งตามแผน ส่วนครั้งสุดท้ายคือครั้งที่ 5 เป็นการปิดเคส พี่เลยคิดว่าให้เยี่ยมครอบครัวแต่ให้เขาเขียนให้ลึก ครอบคลุม เรียบร้อย น่าจะใช้ได้ เพราะนักศึกษากลุ่มนี้เขามีประสบการณ์อยู่แล้ว แต่เราให้หลักการที่ถูกต้องโดยให้เขาสามารถเยี่ยมทั้งผู้ป่วย

และครอบครัว แต่ถ้าต้องการจะให้เยี่ยมมากกว่าหนึ่งครอบครัว เราอาจจะไม่ต้องเขียนเป็นรายงานฉบับใหญ่” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะศตวรรษ โดยนักศึกษาจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้กับผู้ใช้บริการโดยตรงและเป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาจะต้องปฏิบัติกิจกรรมให้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในสมุดบันทึกประสบการณ์ (experience workbook) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนเฉพาะกรณี

เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนเฉพาะ โดยขอรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามที่ต้องศึกษา ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพประจำการ โดยกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี ซึ่งมีการฝึกไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่ฝึกปฏิบัติงานลงนามรับรองการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนเฉพาะกรณี ซึ่งนักศึกษาเลือกดำเนินการศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพชุมชนด้านอาชีวอนามัย หรือด้านงานอนามัยโรงเรียน อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลตั้งข้อสังเกตว่า “เราอาจจะต้องกำหนดให้มีจำนวนผู้ที่ศึกษาเรื่องของอนามัยโรงเรียนและเรื่องของอาชีวอนามัยโดยให้มีจำนวนนักศึกษาที่เลือกเท่า ๆ กัน ทั้งนี้ไม่ใช่เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำกันมาก เราจะได้มองเห็นภาพตรงนี้ชัดเจนขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เป็นการเตรียมให้นักศึกษาพร้อมสำหรับการสอบ License (ใบประกอบวิชาชีพ) ตอนจบการศึกษาได้ด้วย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“งานอาชีวอนามัยเราก็จะสามารถเลือกได้จากโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในโรงงาน หรือสถานประกอบการ ถ้าเป็นทางภาคอีสานก็จะเป็นโรคของเกษตรกร จากการใช้สารพิษที่เกษตรกรใช้ในชีวิตประจำวันหรือถ้าสามารถเข้าไปในโรงงานบางแห่งที่อนุญาตให้นักศึกษาเข้าได้ หรือก็นักศึกษาอยู่ในพื้นที่นั้นอยู่แล้วก็น่าจะเข้าถึงการดูแลสุขภาพในโรงงานได้ โดยเราไม่ต้องเลือกโรงงานใหญ่มาก เลือกโรงงานขนาดเล็กหน่อย เลือกดูอาชีพอะไรก็ได้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ซึ่งสามารถออกแบบได้ ถ้านักศึกษาได้ฝึกทั้งในโรงงานและโรงเรียนจะทำให้เขาสามารถมองภาพการให้การพยาบาลในลักษณะเฉพาะ ซึ่ง

ไม่ใช่มีแค่ในชุมชนหรือหมู่บ้านเท่านั้น” และยังกล่าวให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน โดย “พี่มีความเห็นว่าถ้าไม่ลอง Implement มันจะมองไม่เห็นภาพเท่าไร มันเหมือนกับการสอนคราวที่แล้วที่รู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้อะไรเท่าไร พี่ไม่ชอบเลยสอนไปก็รู้สึกขัด ดังนั้นการเรียนรู้โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นต้น วินิจฉัยปัญหา เขียนโครงการ และลง Intervention ประเมินผล ที่สำคัญคือต้องทำให้ครบวงจร พี่เลยอยากเสนอให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างเข้มข้นกว่าเมื่อก่อน เพราะถ้าเราให้ทำแค่โครงการเดียวไม่ได้ลงทั้งสองโครงการแล้วเขาก็เลือกเองว่าจะเลือกงานอนามัยโรงเรียนหรืออาชีวอนามัย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“อาจจะไม่ต้องฝึกทั้งสองแห่งก็ได้แต่แบ่งกลุ่มฝึก โดยเลือกได้ว่าจะฝึกงานอนามัยในโรงเรียนหรือบางกลุ่มฝึกในโรงงาน โดยใช้วิธีการเลือกโรคที่เกิดจากการทำงาน แล้วมานำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ให้นักศึกษาเลือกเองว่าในชุมชนของเขามีปัญหาอะไร เป็นปัญหาสุขภาพในวัยเด็ก หรือเลือกจากโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เพราะถ้านักศึกษาฝึกทั้งสองเรื่องเลยจะมากเกินไป สามารถให้เขาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งได้โดยดูจากปัญหาในพื้นที่ทำงานของนักศึกษา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“พี่ขอยืนยันว่าเราต้องเน้นย้ำในเรื่องของอนามัยโรงเรียน ควรให้เด็กเข้ารับการฝึก เพราะจากประสบการณ์ พี่ กลุ่ม จพ. จะขาดทักษะทางกระบวนการพยาบาล และต้องแคะสิ่งเดิม ๆ ที่เขาเคยทำมาแบบไม่ถูกต้อง ประกอบกับต้องใส่ความรู้และหลักการที่ทันสมัย และในส่วนของดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็ก ซึ่งเขาไม่คุ้นเคยถ้าให้มีการฝึก เขาจะมองไม่เห็นภาพเลย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“การดูแลด้านอาชีวอนามัยหรืองานอนามัยโรงเรียน โดยเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำเป็นโครงการเลย มีการประเมินในพื้นที่ตรงนั้นก่อน ถ้าวางในโรงงานเลยก็ต้องลงไปหาปัญหาหรือถ้าวางในพื้นที่เกษตรกรก็ต้องวินิจฉัยปัญหา เขียนโครงการแล้วใส่กิจกรรม พร้อมประเมินผลโครงการโดยการทำให้ครบวงจร” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนแบบเข้ม

เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชน โดยอาจารย์สอนเสริม ทีมมหาวิทยาลัยกำหนด เพื่อให้นักศึกษาสามารถ

เรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดความรู้และทักษะทางการพยาบาล ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ที่ชุดวิชาการพยาบาล ชุมชน มีชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลคือ กำหนดให้มีการฝึก 2 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน วันละ 8 ชั่วโมง (รวมเป็น 32 ชั่วโมง) โดยในภาพรวมสำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชน 2 ครั้ง ดังนี้

1) การฝึกครั้งที่ 1 จัดในช่วงเสาร์-อาทิตย์กลางภาค โดยอาจารย์สอนเสริมจะให้คำแนะนำในการศึกษาจากเอกสาร การสอน พิจารณาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา ชุมชน โดยกำหนดการฝึกในเรื่องของการพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมศึกษาครอบครัว กิจกรรมการซักประวัติ ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ และกิจกรรมการศึกษาลักษณะ ชุมชน หาปัญหาของชุมชน นำข้อมูลมาวินิจฉัยชุมชน จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา นำเสนอรายงาน การศึกษาสุขภาพ ชุมชน และมีข้อเสนอแนะในเรื่องการฝึกวินิจฉัยชุมชนว่า “การวินิจฉัยชุมชนมีข้อจำกัดด้วยเวลาจริง ๆ ถ้าจะให้ได้เต็มที่ อาจารย์สอนเสริม จะต้องเตรียมข้อมูลในส่วนที่สามารถเตรียม ล่วงหน้าได้ควรมีการเตรียมให้พร้อม” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

2) การฝึกครั้งที่ 2 จัดในช่วงเสาร์-อาทิตย์ปลายภาค โดยเป็นการจัดการฝึกเพื่อให้นักศึกษาประมวลความรู้และ ทักษะที่ได้รับจากการเรียนตลอดภาคการศึกษามาใช้ในการ พยาบาลชุมชนและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพใน ชุมชน กิจกรรมที่ 2 การเยี่ยมและช่วยเหลือครอบครัว กิจกรรม ที่ 3 ทุกคนแสดงวิธีการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการรักษา พยาบาลเบื้องต้น โดยอาจารย์สอนเสริมเป็นผู้ประเมินผล และให้คำแนะนำนักศึกษาเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการ จัดทำรายงานตามที่คณะกรรมการบริหารชุดวิชากำหนด โดยผู้ให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “ที่ว่าการได้มา นำเสนอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในตอนทำกลุ่มที่เราจัดทั้งสอง ครั้ง ๆ ละ 15 ชั่วโมง มันจะทำให้เขาได้เรียนรู้ได้ครบทุกด้าน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 “และในส่วนของการให้สุขศึกษา ซึ่งเป็น บทบาทหนึ่งที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ขอให้อนุมัติการ ไปในแต่ละกิจกรรมที่ฝึก เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะใน เรื่อง health education โดยให้รวมอยู่ทุกเรื่องไม่ว่าจะ เป็นโครงการของชุมชน อนามัยโรงเรียนหรืออาชีวอนามัย หรือแม้แต่การเยี่ยมบ้านเขาก็ต้องเขียนในเรื่องของการให้คำ

แนะนำให้สุขศึกษาอยู่แล้ว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัย ชุมชนสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขในการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต สามารถอภิปรายผลถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงาน สาธารณสุข กระจายลงสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับชุดวิชา อนามัยชุมชน จากการนำผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร โครงสร้างหน่วยกิตที่คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรฯ กำหนด ไว้ มาพิจารณาร่วมกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา พยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาผลลัพธ์ การเรียนรู้ที่ AUN-QA กำหนด และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย³ ได้แก่คณาจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ซึ่งเคยจัดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิจากสภาการ พยาบาล ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการร่วม จัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล⁴ กลุ่มเป้าหมาย ในการเป็นนักศึกษาในอนาคต และพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนา ตนเองจากเจ้าพนักงานสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่ สำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตร นำมาซึ่งปัจจัยความต้องการที่ เป็นปัจจุบัน ทันสมัย ก่อเกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ⁵ แล้วนำมา วิเคราะห์ สรุปเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของชุดวิชาการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลอนามัยชุมชนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ตามมาตรฐานคุณวุฒิสาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้เป็น พยาบาลวิชาชีพที่มีความพร้อมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการทำงานร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง ประกาศคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560⁶ สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ คนที่มีการศึกษาเกี่ยวกับ ผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านต่อการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ว่าควรมีคุณลักษณะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน และมีการรับรู้ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านในระดับดี⁷⁻¹⁰ และ สอดคล้องกับปณิธานของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ เป็นมหาวิทยาลัยในระบบเปิด ยึดหลักการศึกษาดูแลชีวิต

มุ่งพัฒนาคุณภาพของประชาชนทั่วไป เพิ่มพูนวิทยฐานะแก่ผู้ประกอบอาชีพและขยายโอกาสทางการศึกษาต่อสำหรับทุกคนในที่นี่คือการขยายโอกาสทางการศึกษาของเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการของบุคคลและสังคมที่ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยจัดระบบการศึกษาทางไกล โดยใช้สื่อการสอนทางไปรษณีย์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ สื่อออนไลน์และวิธีการที่ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องเข้าชั้นเรียนตามปกติ ดังเช่น ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ที่มีเป้าหมายให้ผู้เรียนมีความรู้และเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้เหมาะสมกับประเภทการใช้งาน การสื่อสาร และผู้รับสาร และผลลัพธ์ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ที่มีเป้าหมายให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อสังคมและสามารถจัดการตนเองในการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษาทางไกล

2. การฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเป็นการจัดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหลักสูตรการศึกษาทางไกล มีการจัดให้มีชั่วโมงในการฝึกปฏิบัติ 144 ชั่วโมงตามจำนวนชั่วโมงที่ระบุในเกณฑ์ของสภาการพยาบาล แต่มีรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างจากการฝึกปฏิบัติในระบบปกติ โดยจะมีการจำแนกระบบการฝึกปฏิบัติเป็น 3 ประเภท คือ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม โดยการนำรายละเอียดของกิจกรรมหรือรายการที่ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการฝึกปฏิบัติจากข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาจัดกลุ่มในรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการฝึกทักษะการพยาบาลนั้น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมทักษะที่สำคัญและจำเป็นในด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยที่การฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนจะครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้เรียนรับรู้ว่าการฝึกปฏิบัติอนามัยชุมชนมีการบูรณาการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนการบูรณาการโมทัศน์หลักด้านการ

สร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด/กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในการเรียนการสอน ด้วยการระบุไว้ในลักษณะชุดวิชา วัตถุประสงค์รายวิชา แผนการสอนรายวิชา วัตถุประสงค์ของหัวข้อที่สอนในรายวิชา สื่อการเรียนการสอนและในการประเมินผลของรายวิชา¹¹ และได้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจากการกำหนดประสบการณ์การเรียนรู้โดยให้มีการประเมินชุมชน การทำแผนที่ การเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยปัญหาชุมชน/โรงเรียนหรือสถานประกอบการ การทำโครงการ และการรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งกำหนดให้มีการฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายสำคัญต่อการจัดการศึกษาพยาบาล ดังนั้นการประสานความร่วมมือในการใช้ระบบการศึกษาทางไกลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในด้านเครือข่ายความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล โดยเครือข่ายสำคัญในการจัดการศึกษาพยาบาล¹² โดยเฉพาะการจัดฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลทั้งในด้านของแหล่งฝึกการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กระจายอยู่ทั่วประเทศที่สามารถรองรับการฝึกปฏิบัติของผู้เรียนที่กระจายอยู่ทั่วทุกภาคเช่นกัน ทำให้สถานที่ฝึกเพียงพอต่อการรองรับการฝึกปฏิบัติการอนามัยชุมชนผู้เรียน ขณะเดียวกันก็เป็นสถานที่ที่คุ้นเคยของผู้เรียน เนื่องจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังต้องมีการประสานงานการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการฝึก โดยเฉพาะพยาบาลประจำการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยง ซึ่งสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้จัดทำโครงการพัฒนาทางวิชาการกับแหล่งฝึกและพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยงด้วย ดังที่การศึกษาที่สนับสนุนการพัฒนาระบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับนักศึกษาพยาบาลว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งทำให้นักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้น¹³⁻¹⁵ และการศึกษาของ Natee และคณะ พบว่า คุณภาพการสอนภาคปฏิบัติของพยาบาลพี่เลี้ยงในด้านคุณลักษณะความเป็นครูและการดำเนินการสอนของพยาบาลพี่เลี้ยงอยู่ในระดับมาก โดยมีความสามารถในการแก้ปัญหาการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา และนักศึกษาได้รับความรู้ ประสบการณ์ และเกิดทักษะจากการฝึกปฏิบัติได้เต็มที่¹⁵

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่เลี้ยงถือเป็นระบบที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน จึงต้องสร้างความเข้าใจในระบบการศึกษาทางไกลตลอดจนวัตถุประสงค์ของชุดวิชา เพื่อสามารถถ่ายทอดประสบการณ์การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีร่วมกับสื่อต่าง ๆ จากมหาวิทยาลัยที่จะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการออกแบบการผลิตสื่อต่าง ๆ ที่ให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองและการปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อร่วมกับอาจารย์และเพื่อนนักศึกษา การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยสามารถศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สื่อสารและนำเสนอผลการศึกษาโดยผ่านช่องทางต่าง ๆ กับอาจารย์สอนเสริม พยาบาลวิชาชีพที่เลี้ยงและเพื่อนนักศึกษา เช่น วิดีโอคอล สื่อสิ่งพิมพ์ทางวิชาการ และวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการใช้สื่อ e-Learning ซึ่งผู้เรียนอาจจะต้องปรับตัวต่อการใช้ทักษะต่างๆเหล่านี้ร่วมกับบทเรียนการสอนที่ทางหลักสูตรจัดให้ด้วย¹⁰ ซึ่งบทเรียน e-Learning ทำให้ผู้เรียนสามารถจัดการเวลาในการเรียนให้เหมาะสมกับตนเอง เนื้อหาการเรียนปรับได้ทันสมัยอยู่เสมอทันต่อเหตุการณ์ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างกว้างขวางเกิดความสะดวกเพราะสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองจากที่บ้านขณะเดียวกันก็สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้สอนได้ด้วย¹⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puengchompoo และ Panuthai ในเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย e-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้นำ e-Learning มาใช้ในการเรียนการสอนถึงแม้จะมีความพร้อมในระดับปานกลาง แต่ก็พบว่ามีผลสัมฤทธิ์ของการเรียนและมีความพึงพอใจในระดับดี¹⁷ ขณะที่การศึกษาของ Duangchan และคณะยืนยันว่าบทเรียนออนไลน์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดีเนื่องจากบทเรียนสร้างขึ้นมาได้ปรับที่มาจากสภาพการณ์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน บุคลากรกับความต้องการจำเป็นทั้งทางวิชาชีพการพยาบาลและการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้เป็นอย่างดี¹⁸ ดังนั้นบทเรียนสื่อวีดิทัศน์ หรือรูปแบบการเรียนการสอนด้วย e-Learning

ที่มีการออกแบบได้ดี ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้และนำเสนอได้ดึงดูดความสนใจ จะสามารถตอบสนองการเรียนรู้ของนักศึกษา และกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้หรือรู้ทันในการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้เรียนเป็นอย่างมาก¹⁹ เครื่องมือดังกล่าวจึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning) ด้วย อีกทั้งความร่วมมือยังถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเชี่ยวชาญและร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกเพื่อผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระบบการจัดฝึกปฏิบัติการพยาบาลและระบบการประเมิน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน

ขณะที่รูปแบบของการฝึกปฏิบัติประจำชุดวิชาอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่เลี้ยงดังกล่าว ส่วนรูปแบบของการฝึกปฏิบัติเฉพาะกรณี หรือการฝึกปฏิบัติแบบเข้มจะต้องอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายในเรื่องอาจารย์สอนเสริม ซึ่งเป็นอาจารย์จากสถาบันการศึกษาพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในระบบที่มีการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล มีขีดความสามารถในการถ่ายทอดความเชี่ยวชาญด้านงานอนามัยชุมชนให้แก่นักศึกษาและช่วยสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล ซึ่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ออกแบบในระบบการศึกษาทางไกล จากแนวคิดที่ยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญ และเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกมากกว่าการเป็นผู้ให้ข้อมูล¹⁹ อาจารย์สอนเสริมจะต้องเป็นผู้มีศักยภาพมีความสามารถในการถ่ายทอดความเชี่ยวชาญทางการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนให้แก่ นักศึกษาได้อย่างดี ประกอบกับการออกแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกลถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังที่ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการสอนเสริมในระบบการศึกษาทางไกลว่า อาจารย์ต้องเตรียมการสอนที่แตกต่างจากการสอนนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอื่น ๆ และจะต้องมีระบบที่ช่วยกระตุ้นให้ตื่นตัว มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกันทั้งของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนด้วย²⁰

ทั้งนี้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนจากการศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอน การออกแบบการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ การพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน รวมทั้งระบบการประเมินผลในแต่ละรูปแบบของการฝึกปฏิบัติ เพื่อจะมั่นใจได้ว่านักศึกษาเข้าใจแก่นแท้ของศาสตร์ทางการพยาบาลและมีจิตวิญญาณของความเป็นพยาบาล ทั้งนี้ต้องเน้นย้ำและทำให้เกิดความตระหนัก เข้าใจหัวใจของหลักการพยาบาลชุมชน ถึงแม้ว่านักศึกษาจะคุ้นเคยกับวิชาการดูแลในชุมชนจากการปฏิบัติงานเดิม มีประสบการณ์ และมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ปัญหา สามารถวินิจฉัยชุมชนได้บ้าง มีการวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชน ทำโครงการต่าง ๆ ได้ แต่ก็ยังขาดความครอบคลุมของข้อมูล ความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลด้านการวิเคราะห์ปัญหา การวินิจฉัยปัญหาชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา ตลอดจนการวัดและประเมินผลโครงการ ดังนั้นสำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มเจ้าพนักงานสาธารณสุข ควรจะมีระบบการประเมินที่มั่นใจได้ว่าจะสามารถพัฒนาทักษะที่สำคัญของหลักการพยาบาลในชุมชนได้ และมีระบบการฝึกที่ให้นักศึกษาได้ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยระบบการประเมินผลที่มีคุณภาพ สามารถนำเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล โดยใช้อาจารย์สอนเสริมปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และความสามารถทางการพยาบาลสู่นักศึกษา จึงควรจัดให้มีการสัมมนาหรือจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับอาจารย์สอนเสริมปฏิบัติการพยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อให้มีความเข้าใจกระบวนการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล ตลอดจนต้องมีการสร้างระบบและช่องทางในการส่งผ่านข้อมูล และติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่าง อาจารย์ผู้บริหารชุดวิชา อาจารย์สอนเสริมปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง และผู้เรียน

2. ขณะที่นำการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกลไปใช้ ควรสร้างระบบการนำข้อมูลป้อนกลับจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มเป็นระยะ เพื่อสามารถนำมาใช้ปรับปรุงการจัดฝึกภาคปฏิบัติได้อย่างทันทั่วถึงและเกิดประสิทธิภาพต่อระบบการฝึกปฏิบัติ ส่งต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในประเด็นประสิทธิผลของรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกส่วน

2. พัฒนาการใช้สื่อออนไลน์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบการศึกษาทางไกล

References

1. National Institute for 1. Planning Division, Sukhothai Thammathirat Open University. Graduate production of Sukhothai Thammathirat Open University [Internet]. 2011. [cited 2020 Oct 9]; Available from: https://www.stou.ac.th/Offices/Opr/planning/pl_main_v2.1/All/Budget-ST.html.
2. Nursing Council. Public health technical officer meets with the president of the nursing council on the experience-based credit transfer program bachelor of nursing for public health officers (Internet). 2018. [cited 2020 Oct 1]; Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/67>.
3. ASEAN University Network (AUN). Guide to AUN-Qa assessment at programme level version 3.0. Bangkok; ASEAN University Network: 2015.
4. Lowery B, Spector N. Regulatory implications and recommendations for distance education in prelicensure nursing programs. *Journal of Nursing Regulation* 2014;5(3): 24-33.
5. Belita E, Carter N, Bryant-Lukosius D. Stakeholder engagement in nursing curriculum development and renewal initiatives: A review of the literature. *Quality Advancement in Nursing Education* 2020;6(1): 1-17.
6. Government Gazette. Announcement of the Ministry of Education Re: announcement of bachelor's degree qualifications nursing science 2017 (2017, January 3rd) [Internet]. 2017 [cited 2020 May 10]; Available from: <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/ประกาศ-ศช-NQF-2560-พยาบาลศาสตรบัณฑิต.PDF>. (In Thai).
7. Dhabdhimsri V, Kemkhan P, Vanich W, Huengwattanakul P. The desired characteristics of graduate for Thailand Qualifications Framework and identities of graduates in bachelor of nursing science program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok as perceived by their supervisors. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2019: 35(1):252-263. (In Thai).
8. Hanyut O, Ratanathavorn R. Quality and identity of graduated nurses of school of nursing, Eastern Asia university in academic year 2010. *J EAU Heritage*. 2013;7(2):99-107. (In Thai).
9. Phosri N, Kusoom W. Identity of nursing students Suan Sunandha Rajabhat university. *Journal Research and Development Suan Sunandha Rajabhat University* 2017;9(1):135-45. (In Thai).
10. Jantacumma N, Moolsart S, Iemsawasdikul W, Nuysri M, Pinchaleaw D. A follow-up study of graduates in the distance learning system of master of nursing science program in community health nurse practitioner, academic year 2017. *Journal of the Royal Thai Army Nurse* 2020; 21(1): 262-273. (In Thai).
11. Tithiphontumrong S. The integration of health promotion concepts in teaching and learning of community health nursing and health promoting competencies of nursing students. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2017; 9(2): 49-72. (In Thai).
12. Bvumbwe TH, Mtshali NG. Transforming nursing education to strengthen health system in Malawi: an exploratory study. *The Open Nursing Journal* 2018; 12:93-105.

13. Plodpluang U. Competencies of preceptor. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2016; 8(3): 168-174.
14. Nantsupawat A, Sngounsiritham U. Mentoring system and nursing professional development. *Nursing Journal*. 2019; 46(3): 232-238.
15. Natee K, Ratchanee T, Phunsee P, Luangwilai I. Clinical teaching of preceptors and directions for preceptorship development, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet university. *HCU Journal*. 2015; 19(37): 71-88.
16. Chuencham J, Kittiboonthawal P, Ubolyaem D. Effects of using interactive e-learning lessons in students' health examination topic among nursing students' learning achievement. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(2): 234-242. (In Thai).
17. Puengchompoo W, Panuthai S. Developing of the learning and teaching with e-learning model for undergraduate nursing students in a gerontological nursing course. *Nursing Journal* Volume. 2014;41 Supplement: 11-25.
18. Duangchan C, Siritharungsri B, Soranasathaporn S, Pinyopasakul W. The development of nursing handoff communication competency by online lesson for nursing students. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2019;39(2):98-112.
19. Raksatham S, Wattanachai P, Noothong J. The development of video lesson on oxygen therapy in children for nursing students at Boromarajonani college of nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(3):185-98. (In Thai).
20. Science Education Resource Center. Carleton College [Internet]. 2016. [cited 2020 Oct 10]; Available from: <https://serc.carleton.edu/StemEdCenters/profiles/72131.html>.

บทความวิจัย

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่Community Participation for Enhancing Well-being of Homebound Elderly in
Nongpakrang Municipality, Muang district, Chiang Mai province

Received: Nov 1, 2020

Revised: Feb 1, 2021

Accepted: Feb 9, 2021

ชยพล ศิรินิยมชัย พย.ม. (Chayaphon Siriniyomchai, M.N.S)¹พิมพ์กา ปัญญใหญ่ พย.ม. (Pimpaka Panyoyai, M.N.S)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้ที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและปัญหาด้านสุขภาวะ ซึ่งควรได้รับการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่สร้างความมีคุณค่าในตนเองและดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะดำเนินการวิจัย 2 ระยะ โดย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 181 คนสำหรับตอบแบบสอบถามสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 7 คน ผู้ดูแล 7 คน และเครือข่ายในชุมชน 7 คน เพื่อสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 47 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุติดบ้าน 21 คน ผู้ดูแล 15 คน และเครือข่ายในชุมชน 11 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และมหาวิทยาลัยพายัพ

¹Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่, E-mail: rsiriniy@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่, E-mail: putter2546@gmail.com

McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai Province, Thailand

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ปัญญา และการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่มีความต่อเนื่อง 2) รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2. กิจกรรมการนันทนาการ และ 3. กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลให้ความเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมสามารถสนองตอบต่อสุขภาวะทั้งทางกาย ใจ สังคม และปัญญาได้ และเครือข่ายในชุมชนมีความคิดเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสมและมีความพร้อมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งจนเกิดการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

สรุปผล: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะมีภาวะสุขภาพทางกาย จิต สังคมและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่มีปัญหาเฉพาะ รวมถึงมีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน การพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมโดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้องค์กรส่วนท้องถิ่นและทีมสุขภาพจัดทำกิจกรรมในการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และขยายไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การเสริมสร้างสุขภาวะ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

Abstract

Introduction: Homebound elderly are those who have problems in their daily lives and well-being. They are supposed to be taken care of through communities' participation in enhancing their well-being for the sake of their self-esteem and dignified lives.

Research objectives: The objectives of this research and development were 1) to study the well-being of homebound elderly and community participation for enhancing their well-being, 2) to develop a model of community participation to enhance their well-being, and 3) to evaluate results of using the developed model of community participation to enhance their well-being.

Research methodology: Sample groups were classified based on two research phases. The first phase aimed to investigate homebound elderly's well-being and community participation for enhancing their well-being in Nong Pa Khrang Municipality. This sample group contained 181 homebound elderly responding to a questionnaire regarding their well-being. 21 of them were selected through a purposive sampling method. This included seven homebound elderly, seven caretakers, and seven community network representatives participating in focused-group and in-depth interviews. The second phase consisted of two steps which were Step 1: Development of a community participation model to enhance homebound elderly's well-being and Step 2: Evaluation of using the model. 47 of them were selected through a purposive sampling method as a sample group containing 21 homebound elderly, 15 caretakers, and 11 community network representatives. The data were collected by a focus group,

in-depth interview, and interview questions regarding factors influencing community participation. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The research findings showed that (1) there were problems among homebound elderly in Nong Pa Khrang Municipality. Their physical, mental, social, and intellectual well-being needed to be taken care of. The community participation was not consistent. (2) The model enhancing homebound elderly's well-being consisted of (a) activities enhancing health, (b) recreational activities, and (c) activities regarding local wisdom continuation. (3) Homebound elderly and caretakers regarded that this activity model could respond to the physical, mental, social, and intellectual well-being. Community network representatives also regarded that the activities were appropriate and ready for operating based on the developed model. Success factors were the strong operation of the community network so that the model of enhancing homebound elderly's well-being was developed efficiently and sustainably.

Conclusions: Homebound elderly possessed a physical, mental, and social health status, including their abilities in spending their daily lives, which was specifically problematic. They also experienced problems in attending community activities. Therefore, developing appropriate activity models via communities' participation could enhance the homebound elderly's well-being continually and sustainably

Implications: They could be utilized as guidelines for local organizations and health teams to offer participatory communities' activities enhancing the homebound elderly's well-being. These could be expanded to be used with other elderly groups.

Keywords: community participation, well-being enhancement, homebound elderly

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) โดยมีสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด 66,186,727 คน¹ และในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด² และคาดการณ์อีก 23 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 20.50 ล้านคน (ร้อยละ 32.10 ในปี พ.ศ. 2583 และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงาน ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจากเกณฑ์การประเมิน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม ประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79.00 และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ประมาณ 1.30 ล้านคน หรือร้อยละ 21.00³ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นการแออัดคับคั่งและเปลี่ยนมาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในอนาคต⁴ การที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสามารถในการดูแลได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข⁵

จากสถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรทั้งหมด 7,244 คน มีผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 712 คน คิดเป็นร้อยละ 9.82 ใน 7 หมู่บ้าน จากการสำรวจของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม⁶ มีจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่จำแนกจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดเอล (Barthel ADL index)⁴ สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปหรือกลุ่มติดสังคมจำนวน 457 คน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนนหรือกลุ่มติดบ้าน จำนวน 181 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนนหรือกลุ่มติดเตียง จำนวน 35 คน โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มมีการกระจายไปแต่ละโซน ทั้ง 3 โซนใน 7 หมู่บ้าน โดยเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้นำกรอบแนวคิดการดูแลระยะยาวมาจัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ติดสังคมสามารถช่วยเหลือตัวเองและร่วมทำกิจกรรมกับชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งได้ โดยส่วนใหญ่จะร่วมกันทำกิจกรรมที่ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถร่วมทำกิจกรรมกับชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งได้เมื่อมีผู้ดูแลพาไป และมีทีมเยี่ยมบ้านไป การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีรูปแบบที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมและทางเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีรถรับส่งไปคลินิกกายภาพบำบัด โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

เนื่องจากเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งอยู่ในพื้นที่บริการวิชาการของมหาวิทยาลัยพายัพ ทำให้คณะผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลจากการลงพื้นที่พบกับผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และตัวแทนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการเดินทาง ส่วนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนและการดูแลด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และ

ปัญญา มีการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนการดูแลด้านจิตใจ สังคมและปัญญาไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรไม่เพียงพอ นอกจากนี้การจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังขาดแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันรัฐบาลกำหนดนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ⁷ ดังนั้นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีแนวคิดใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลช่วยเหลือและเป็นกลไกในการจัดการและในการดำเนินงานด้านสุขภาพในผู้สูงอายุผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น^{4,8} ด้วยเหตุนี้ การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในปัจจุบันอีกทั้งการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ โดยมีเครือข่ายของชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการดูแลที่เหมาะสมและมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป^{8,9}

ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การดูแลสุขภาพ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา¹⁰ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีร่างกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ มีสุขภาพจิตดี สามารถดูแลตนเอง และมีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามองค์ประกอบสุขภาพทั้ง 4 มิติคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านปัญญา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง เพื่อจะทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามบริบทความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยอาศัยกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 4 มิติคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านปัญญา

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff¹¹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ดูแล และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ และบุคลากรเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ดำเนินการใน 2 ระยะ โดยในระยะที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ระยะที่ 2 แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นการวางแผนกิจกรรม และร่วมกันกำหนดรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำรูปแบบที่พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปดำเนินการตามแผน และสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม โดยผู้ดูแล และเครือข่ายในชุมชน เพื่อประเมินผลการดำเนินการและพัฒนาปรับปรุง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจะให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้ดูแล ประเมินความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน ส่วนเครือข่ายในชุมชนประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และเครือข่ายในชุมชน ที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนนที่ดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีสติปัญญาการรับรู้ดี มีความเข้าใจ สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ หากกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองไม่ชัด ทีมวิจัยจะอ่านให้ฟังทีละข้อช้า ๆ และตอบข้อสงสัย เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-25 นาที ไม่มีอาการหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. กลุ่มเครือข่ายชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งมาจาก

- 3.1 บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งทางตรงและทางอ้อม

- 3.2 บุคลากรทางสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง

- 3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 7 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และเครือข่ายชุมชน ได้มาด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ผู้วิจัยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 181 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 37 ข้อ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 21 คนประกอบด้วยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 7 คน ผู้ดูแล 7 คน และเครือข่ายในชุมชน 7 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากมีการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา จึงจำเป็นต้องมีระยะห่างทางสังคมตามประกาศของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม ในระยะที่ 2 ในขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 โดยการแบ่งออกเป็น 3 โซน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 47 คนประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 21 คน ผู้ดูแล 15 คน และเครือข่ายในชุมชน 11 คน ในโซนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 9 คน ผู้ดูแล 5 คน และเครือข่ายในชุมชน 4 คน ในโซนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 7 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 9 คน ผู้ดูแล 5 คน และเครือข่ายในชุมชน 4 คน และในโซนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 5 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5 คน ผู้ดูแล 3 คน และเครือข่ายในชุมชน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ ด้านกาย จิต สังคม และปัญญามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 37 ข้อ คำถามด้านสุขภาพทางกาย 8 ข้อ คำถามด้านสุขภาพทางจิตใจ 10 ข้อ คำถามด้านสุขภาพทางสังคม 10 ข้อและคำถามด้านสุขภาพทางปัญญา 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย โดยมีคะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านน้อย คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านปานกลาง และคะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมาก ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 37-111 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือคะแนน 37-61 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นต่อสุขภาพน้อย คะแนน 62-86 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นต่อสุขภาพปานกลาง และคะแนน 97-111 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นต่อสุขภาพมาก ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

3. แนวทางสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้เชี่ยวชาญทางด้านชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน และมีการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยเป็นผู้ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 141/2019 วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้รหัส ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เอกสารและไฟล์ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการสุขภาวะในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต่อการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ระยะที่ 2 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน เนื่องจากมีการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา จึงจำเป็นต้องมีระยะห่างทางสังคมตามประกาศของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม ในระยะที่ 2 ในขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2

โดยการแบ่งออกเป็น 3 โซน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 47 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 21 คน ผู้ดูแล 15 คน และเครือข่ายในชุมชน 11 คน ในโซนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 9 คน ผู้ดูแล 5 คน และเครือข่ายในชุมชน 4 คน ในโซนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 7 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 9 คน ผู้ดูแล 5 คน และเครือข่ายในชุมชน 4 คน และในโซนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนในหมู่บ้านหมู่ที่ 5 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5 คน ผู้ดูแล 3 คน และเครือข่ายในชุมชน 3 คน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้การสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็น และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และร่างรูปแบบฯ เพื่อนำเสนอต่อกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2. กิจกรรมการนันทนาการ และ 3. กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและการประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพและบุคลากรของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ส่วนบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และบุคลากรของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีหน้าที่ในการวางแผนกิจกรรมการนันทนาการ กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น และการจัดยานพาหนะรับ-ส่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละโซน และดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยจัดกิจกรรมที่ศาลาหมู่บ้านในแต่ละโซน ทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่างทางสังคมและตรวจคัดกรองโควิด-19 ก่อนเริ่มทำกิจกรรม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมโดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในแต่ละโซน จัดกิจกรรมที่เน้นการออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพร่างกายและส่งเสริมการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ส่วนกิจกรรมการนันทนาการ จะมีการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและทางสังคมโดยการร่ายรำ ย้อนยุค และกิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางปัญญา จะมีการทำตุ๊ก และกรวยดอกไม้ เพื่อนำไปใช้ในประเพณีต่าง ๆ ของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละโซน

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง จำนวน 181 คน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.60 โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.80 ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 72.93 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.20 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 53.59 ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.70 รายได้มีความพอเพียง มีปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.10 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลประจำเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 61.90 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 43.60

ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง จำนวน 181 คน พบว่า

โดยภาพรวมสุขภาวะผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง มีความคิดเห็นด้านสุขภาวะทางกายได้ ค่าเฉลี่ย 2.32 อยู่ในระดับปานกลาง ความคิดเห็นด้านสุขภาวะทางจิตได้ ค่าเฉลี่ย 2.34 อยู่ในระดับปานกลาง ความคิดเห็นด้านสุขภาวะทางสังคมได้ ค่าเฉลี่ย 2.25 อยู่ในระดับปานกลาง และมีความคิดเห็นด้านสุขภาวะทางปัญญาได้ ค่าเฉลี่ย 2.11 อยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมของสุขภาวะผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตติดบ้าน ทั้ง 4 ด้าน มีค่าเฉลี่ย 2.26 อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีปัญหาสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากโรคประจำตัว และการเสื่อมตามวัยผู้สูงอายุ มีความต้องการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย โดยการออกกำลังกาย สุขภาวะทางจิต พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเกิดความเหงาและคิดมากเนื่องจากต้องอยู่คนเดียวในเวลากลางวัน จึงอยากมีเพื่อนคุยและทำงานอดิเรก สุขภาวะทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อย เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและคิดว่าเป็นภาระให้คนอื่น ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และสุขภาวะทางปัญญามีความต้องการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับลูกหลานหรือผู้ที่สนใจ เช่น การทำดอกไม้ประดิษฐ์ ดอกไม้จันทน์ พวงหรีด และไม้กวาด เป็นต้น

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และค่าพิสัยของสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (N=181)

สุขภาวะ	ช่วงคะแนน	mean	SD.	การแปลผล
กาย	70-210	2.32	0.609	ระดับปานกลาง
จิตใจ	71-213	2.34	0.585	ระดับปานกลาง
สังคม	68-204	2.25	0.612	ระดับปานกลาง
ปัญญา	64-192	2.11	0.632	ระดับปานกลาง
รวม	68-205	2.26	0.609	ระดับปานกลาง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความต้องการความรู้ และคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน

เครือข่ายชุมชนในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อจัดการวางแผนและสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากทางเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งและขาดความต่อเนื่อง และพบว่ากิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ผ่านมาเกิดจากการดำเนินการโดยทางกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมร่วมกับกองสวัสดิการสังคม ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพราะแผนการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก และเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งควรให้การสนับสนุนทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยการดำเนินงานต้องเกิดจากทุกภาคส่วนในชุมชนและรวมถึงนอกชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ผลจากการระดมสมองของเครือข่ายชุมชนมีการกำหนดสรุปรูปแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการนันทนาการ และ กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยกำหนดให้ทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้งในแต่ละโซน ทั้ง 3 โซนได้แก่โซนที่ 1 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 โซนที่ 2 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 7 และโซนที่ 3 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 5 โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 7 หมู่บ้านทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพและการกำกับติดตามการปฏิบัติตามตัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่บ้าน สำหรับบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพทางกายและทางจิตใจผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีหน้าที่สนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้แก่ จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรม การเตรียมยานพาหนะรับ-ส่งตัวผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้าร่วมทำกิจกรรม จากนั้นนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้ง 3 โซน

ภายหลังการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านครบทั้ง 3 โซน พบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกายโดยการออกกำลังกายประกอบด้วยการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า สุขภาพทางจิตและสุขภาพทางสังคม คือการได้เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยกันในแต่ละโซน และสุขภาพทางปัญญาได้มีการถ่ายทอดภูมิปัญญา ด้วยการทำกรวยดอกไม้และตัดตุ๊ก

ตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ภายหลังการดำเนินการวิจัยได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินการของเครือข่ายชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยเริ่มต้นจากการที่เครือข่ายชุมชนร่วมกันผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาในการกำหนดเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งกำหนดให้กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหนองป่าครั่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยมีการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางกายร่วมกับโรงพยาบาลเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อีกทั้งการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ขั้นตอนดำเนินการ เครือข่ายชุมชนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ภายหลังการจัดกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและเครือข่ายชุมชน โดยการจัด

สนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าสุขภาวะทางกายมีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้นส่งผลการทำงานจิตรประจำวันได้ดีขึ้น ส่วนสุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางปัญญา รู้สึกมีความสุขที่ได้มาพบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อยู่ในวัยเดียวกัน มีการทักทายและเอื้ออาทรต่อกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ และได้ถ่ายทอดความรู้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านรู้สึกว่ามีคุณค่าและได้รับรู้สิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมในแต่ละโซน พบว่าควรมีการจัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และควรจัดทำเป็นนโยบายของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เกิดความยั่งยืนตลอดไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 2 ระยะสามารถส่งผลต่อสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน 4 มิติคือทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางปัญญาได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการสนับสนุน ตั้งแต่ระยะที่ 1 เป็นต้นมาจนจบโครงการวิจัย ดังนี้

ในระยะที่ 1 ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสนับสนุนให้มีการประชุมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และเครือข่ายชุมชน เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผลการวิจัยพบว่าภาพรวมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและเครือข่ายในชุมชนมีความคิดเห็นตรงกันว่า การสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาล

ตำบลหนองป่าครั่งมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และที่สำคัญสามารถป้องกันไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Milincharoonpong และคณะ¹² พบว่าทุกภาคส่วนควรร่วมกันในการขับเคลื่อนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมความต้องการ และจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้มีมากยิ่งขึ้นต่อไปและการวางแผนกิจกรรมที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งผลให้การดำเนินงานของชุมชนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

ในระยะที่ 2 เนื่องจากมีการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา จึงจำเป็นต้องมีระยะห่างทางสังคมตามประกาศของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ทีมผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม ในระยะที่ 2 ในขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 โดยการแบ่งออกเป็น 3 โซน

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง เครือข่ายชุมชนมีการสรุปรูปแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการนันทนาการ และ กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยกำหนดให้ทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ในแต่ละโซน ทั้ง 3 โซนได้แก่โซนที่ 1 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 โซนที่ 2 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 7 และโซนที่ 3 ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหมู่ที่ 5 ภายหลังการทำกิจกรรมพบว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย โดยการออกกำลังกายประกอบด้วยการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า สุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางสังคม คือการได้เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยกันในแต่ละโซน และสุขภาวะทางปัญญาได้มีการถ่ายทอดภูมิปัญญา ด้วยการทำการรดดอกไม้และตัดตุ๊กต โดยมีกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสามารถช่วยสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริม

สร้างสุขภาวะผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่เหมาะสมแก่บริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง^{8,9,12}

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสมและทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยเริ่มต้นจากการที่เครือข่ายชุมชนร่วมกันทบทวนวิจัยที่เป็นที่ปรึกษาในการกำหนดเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และมีการวางแผนการสร้างรูปแบบและนำไปดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้ จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบจนได้รูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นและชัดเจนระหว่างเครือข่ายในชุมชนเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง โดยเกิดการบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกันจนส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาวะทางกายที่เพิ่มขึ้น ด้านสุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญาได้รับการตอบสนองมากขึ้นและเพิ่มความรู้สึกความมีคุณค่าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพัฒนาขึ้น โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งจนเกิดการพัฒนาแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา จึงจำเป็นต้องมีระยะห่างทางสังคมตามประกาศของเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง ทีมผู้วิจัย

จึงปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม ในระยะที่ 2 ในขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 โดยการแบ่งออกเป็น 3 โซน ในโซนที่ 1 ประกอบด้วย หมู่บ้านหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 6 ในโซนที่ 2 ประกอบด้วย หมู่บ้านหมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 7 และในโซนที่ 3 ประกอบด้วย หมู่บ้านหมู่ที่ 5 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นและทีมสุขภาพส่วนท้องถิ่นจัดทำนโยบายในการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อส่งเสริมให้สุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารุ่นนี้เป็นเพียงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงาน โดยศึกษารูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาวะให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และมหาวิทยาลัยพายัพที่ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัย

References

1. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand from 77 provinces, data at 31st of December 2018 [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 31]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
2. Committee on System Reform for Access to the Elderly Society of Thailand. System reform report for the aging society [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 31]. Available from: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/parcy/057.pdf
3. National Health Security Office. Handbook of long-term care systems in public health for elderly people with long term dependence in the National Health Security System financial year 2016. Bangkok: National Health Security Office; 2018. (in Thai).
4. National Health Security Office. A guide to supporting the management of the long-term care system for the dependent elderly in the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2018. (in Thai).
5. Sriphuwong W, Sriphuwong C, Thiabrithi S. Long term care model development for the dependency elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham province. *Academic Journal of Community Public Health* 2020;6(2):13-28. (in Thai).
6. Nongpakrang Subdistrict Municipality. Nongpakrang subdistrict municipality journal: annual report 2018. Chiang Mai; 2018. (in Thai).
7. 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).
8. Rojanadhamkul N, Klommek J, Sriratanaprat J. Social activities participation of elder persons in Muak Lek subdistrict, Muak Lek district, Saraburi province. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(1):15-25. (in Thai).
9. Pankong O, Khrabiad S, Amphawa K, Sangsee P. Effectiveness of care in older adults with chronic illness by community participation. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(3):94-104. (in Thai).
10. Chumdaeng S, Sukcharoen P, Polruk J. Wellbeing and wellbeing promotion pattern of older adults in Suratthani province, Thailand: mixed methods research. *Thai Journal of Public Health* 2020; 50(3): 323-37. (in Thai).
11. Cohen JM, Uphoff N. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World development*. 1980; 8:213-35.
12. Milincharoonpong N, Srisuphanun M, Chanthamolee S, Suwan P. Development of a health care model for home bound elder by community participation in Ubon Ratchathani, Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 Supplement:173-84. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัว ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน The Effect of The Family-supported Stroke Prevention Program among High Risk Stroke Elderly in Community

Received: Apr 6, 2020
Revised: May 15, 2020
Accepted: May 20, 2020

สุปราณี พรหมสุขันท์ วท.ม. (Supranee Promsukhan, M.Sc.)¹
สุธรรม นันทมงคลชัย ปช.ด. (Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D.)²
กรวรรณ ยอดไม้ Ph.D (Korravarn Yodmai, Ph.D.)³
โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, M.D., วว. (Chokchai Munsawaengsub, M.D., DIP)⁴
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ Ph.D. (Pimsurang Taechaboonsamsak, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease : CVD หรือ stroke) หรือที่เรียกกันว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ทั้งนี้จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกจึงคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 65-80 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ โรคใดโรคหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมโรคหลอดเลือดสมอง รู้ทันป้องกันได้ กิจกรรมล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมร่วมใจคนในบ้านต่อต้านโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมครอบครัวไร้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่าหลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชานามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: supranee@pckpb.ac.th

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sutham.nan@mahidol.ac.th

³ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: korravarn.yod@mahidol.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chokchai.mun@mahidol.ac.th

⁵รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: pimsurang.tae@mahidol.ac.th

Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.

สรุปผล: โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การสนับสนุนของครอบครัว, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Introduction: Cerebrovascular disease (CVD or Stroke) has been known as one of the causes of paralysis. Stroke is a major health problem that is a cause of death among global citizens. As the trend of global increasing aging society, stroke is predicted as an important disease and worldwide mortality.

Research objectives: This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of the family-supported stroke prevention program among elderly people who have a high risk stroke in community. This program is developed by a health belief model and social support theory.

Research methodology: The program was guided by a health belief model and social support theory. Sample included the elderly persons aged between 65-80 years old and was diagnosed by a physician as having one of chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus, and coronary heart disease). Thirty participants were randomly assigned to either control or experimental group. The family support stroke prevention program lasted for 6 weeks and was divided into 4 activities including: 1) beware of stroke, 2) protect yourself and family member from stroke, 3) all family members against stroke together, and 4) free paralysis in family. Data were collected using questionnaire at pre-test and post-test. Findings were analyzed using mean, standard deviation, chi-square, independent sample t-test, and paired sample t-test.

Results: showed that in the experimental group, mean scores of perceived susceptibilities, perceived benefit, perceived barrier of stroke prevention behavior, and perceived family support were significantly higher than the comparison group ($p < .05$). Post-test mean score of the experimental group was statistically significantly higher than pre-test mean score ($p < .05$).

Conclusions: This revealed that the program was able to enhance older people's perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers, and capability to develop preferable stroke prevention behaviors. It is recommended that health care organizations should promote and implement family-supported prevention program as an effective tool in creating health activities for health improvement among older persons.

Implications: The health care sectors can apply this program to improve in health promotion for older people to get well-being successfully.

Keywords: high risk stroke order persons, family support, stroke prevention

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ stroke) หรือที่เรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO)¹ ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในกลุ่มอายุ 15-69 ปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคน ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากปี พ.ศ. 2535 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 689,000 ดอลลาร์สหรัฐ²

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ โดยมีผู้เสียชีวิตมากถึง 24.66 ต่อแสนประชากร³ และมีแนวโน้มของอัตราการตายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 31.7 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 43.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558⁴ พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร 3.34 เท่า รองลงมาคือภาคกลาง 2.41 เท่า⁵ จากข้อมูลอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 5 มีมากถึง 107 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดเพชรบุรีก็มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วจาก 8 ต่อแสนประชากรเป็น 48 ประชากรในปี 2560⁶

อำเภอท่ายางเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรีที่กำลังเผชิญปัญหาการมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอท่ายางพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.00 โรคเบาหวานร้อยละ 11 ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.27⁷ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต และจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

ร้อยละ 19 กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 16 และกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย ร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดังกล่าวมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องมากถึง ร้อยละ 58.60 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 59.10⁸ หากเกิดโรคหลอดเลือดสมองผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากการเสียชีวิตแล้ว ผู้ที่รอดชีวิตต้องเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาระในการดูแลของครอบครัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวและเกิดความเครียดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกัน ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 3-17 เท่าของคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะมีอัตราเสี่ยง 2-6 เท่า โรคเบาหวานมีอัตราเสี่ยง 2-4 เท่า ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับไขมันในเลือด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดอาหารเค็ม และเพิ่มการรับประทานผัก รวมทั้งการออกกำลังกาย¹⁰ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

อย่างไรก็ตามการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยพื้นที่จังหวัดเพชรบุรียังมีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จึงต้องหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง ผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Watcharanurak และ Klubklay¹¹ ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุน ยังมีส่วนในการปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรมช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา¹²

จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹³ ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติกับผลเสีย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การออกแบบวิจัยเป็นกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบ Pretest-posttest design with nonequivalent groups

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดและโรคหัวใจ ตามประวัติในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-80 ปี ที่มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหัวใจ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแบบประเมิน¹⁵ ตั้งแต่ระดับปานกลางหรือมีคะแนนความเสี่ยงตั้งแต่ ร้อยละ 10 เป็นต้นไป อาศัยอยู่กับครอบครัว 1 ปีขึ้นไป มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านในตง อำเภอท้ายาง จังหวัดเพชรบุรี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ โดยใช้สูตรของ Lemeshow¹⁶ ได้จำนวนตัวอย่างในการศึกษากลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านในดง โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าวาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ที่มาของรายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สมาชิกครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกที่ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราลและการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง รู้ทัน ป้องกันได้ เป็นการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว โดยเป็นกิจกรรมให้ความรู้ ทัศนทัศน์และตัวแบบด้านลบในกลุ่มใหญ่ และร่วมกันค้นหาโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการบรรยายและชมวีดิทัศน์ และเสริมทักษะการปฏิบัติตัวโดยจัดเป็นกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดยา และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3-5 กิจกรรมที่ 3 รวมใจคนบ้านต่อต้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนำทักษะจากการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติ ส่วนสมาชิกครอบครัวได้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และรับข้อความกระตุ้นเตือนผ่านทางโทรศัพท์มือถือวันเว้นวัน

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 ครอบครัวไร้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวในช่วงสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวจะได้แลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว และสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมีค่า CVI 0.92 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่า CVI 0.96 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่า CVI 0.90 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่า CVI 0.90 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (cronbach' alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับมีความเที่ยง 0.91 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพมีความเที่ยง 0.97 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองค่าความเที่ยง 0.97 แบบ สัมภาษณ์การรับรู้การสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองค่าความเที่ยง 0.93 ในส่วนของโปรแกรมฯ และคู่มือ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของ ครอบครัวนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถทำ กิจกรรมได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2018-166 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 และได้รับอนุญาตจากหัวหน้า สาธารณสุขอำเภอท่ายางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการ เก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลดีและผลเสียที่ อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอ ถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพ รวม และลงชื่อในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการวิจัย นอกจากนี้กลุ่ม เปรียบเทียบจะได้รับการกิจกรรมในโปรแกรมและเอกสารการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองเมื่อ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 โดย ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสัมภาษณ์จาก ผู้วิจัย ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลัง

ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) ในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบาย ข้อมูลทั่วไป โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัย ส่วนบุคคล โดยสถิติไคสแควร์ในการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ของทั้งสองกลุ่ม การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent Sample t-test และการเปรียบเทียบคะแนนภายใน กลุ่มทดลองใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยการตรวจสอบการแจกแจง ของข้อมูล ทุกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสอง กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 และ 73.3 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 79 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 73.73 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบ 72.40 ปี กลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.70 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 50 ความเพียงพอ ของรายได้ในกลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.70 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 36.70 ระดับการศึกษา ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คือระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 93.30 การประกอบอาชีพในกลุ่ม ทดลองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.70 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 43.30 และไม่ได้ประกอบ อาชีพ ร้อยละ 43.30 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.70 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 73.30 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 100 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.30 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะ ทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มี ความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 20.30 และ 23.30 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 17.60 และ 19.20 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 16.76 และ 19.20 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 9.93 และ 14.77 ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 30.70 และ 33.03 ตามลำดับ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 29.80 และ 41.80 ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 23.30 และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 18.60 การรับรู้ความรุนแรงกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 19.20 และ 15.43 ด้านการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ย 19.16 และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 15.40 การรับรู้อุปสรรคกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.73 และกลุ่มเปรียบเทียบ 10.73 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 33.03 และกลุ่มเปรียบเทียบ 32.30 การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 41.80 และกลุ่มเปรียบเทียบ 26.37 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (N = 30 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	20.30	2.18	23.30	.83	-8.09	29	<.001*
การรับรู้ความรุนแรง	17.60	1.94	19.20	1.03	-4.15	29	<.001*
การรับรู้ประโยชน์	16.76	2.41	19.16	.94	-9.34	29	<.001*
การรับรู้อุปสรรค	9.93	1.57	14.77	1.22	-11.93	29	<.001*
พฤติกรรมการป้องกัน	30.70	4.46	33.03	1.51	-2.93	29	<.006*
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	29.80	8.80	41.80	3.12	-7.74	29	<.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 30 คน)

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	23.30	.83	18.60	2.32	10.40	58	<.001*
การรับรู้ความรุนแรงฯ	19.20	1.03	15.43	1.27	12.56	58	<.001*
การรับรู้ประโยชน์ฯ	19.16	.94	15.40	1.99	9.34	58	<.001*
การรับรู้อุปสรรคฯ	14.73	1.22	10.37	1.31	12.18	58	<.001*
พฤติกรรมการป้องกันฯ	33.03	1.51	32.30	3.17	1.88	58	<.012*
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	41.80	3.12	26.37	6.41	11.85	58	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด และ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน มีการกระจายของประชากรไม่แตกต่างกัน ความสามารถในการเรียนรู้ในด้านระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน พบว่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและการป้องกันโรคโดยการบรรยายจากผู้วิจัย และประเมินโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ทำให้รับรู้โอกาสว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือที่ค้นและตัวแบบด้านลบ ทำให้เห็นความรุนแรงหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับประสบการณ์ตรงจากการฝึกทักษะในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

การรับทราบที่เหมาะสม การรับทราบให้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคประจำตัว โทษของบุหรี่และสุราต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังฝึกทักษะกลุ่มตัวอย่างได้นำทักษะที่ฝึกไปใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัว ทั้งนี้จากการที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ได้รับข้อความ (SMS) ความรู้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจากผู้วิจัยทำให้เกิดการพูดคุยกัน และสมาชิกครอบครัวเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับ Ruchirawat, Loengubol และ Wannaprapan¹⁷ ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้บุคคลต้องปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยดังกล่าว ทั้งนี้กิจกรรมได้มุ่งเน้นการนำทักษะที่ได้ไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยกำหนดให้มีการจดบันทึกและระบุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และอธิบายแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและตัดสินใจที่จะปฏิบัติต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker¹³ ที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคต้องมีความเชื่อและรู้ว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค การปฏิบัติตัวที่จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและจากการได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ สอดคล้องกับ Sanprakhon, Chusri และ Wongwisadkul¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดการส่งเสริมให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่นำโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไปจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุเพื่อ

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีต่อไป

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุข สามารถผสมผสานโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

3. บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มกิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เห็นสภาพจริงที่เป็นอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงรายบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพิ่มการเปรียบเทียบตัวแปรตามในเรื่องของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

2. ควรศึกษาในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งการพัฒนาสื่อทางโซเชียลมีเดีย เช่น โลงน หรือแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. World Stroke Organization [internet]. 2014 [cited 2016 Mar 19]. Available from: <http://www.Worldstrokeorganization.org>.
2. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics-2009 update: A report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation* 2009; 119(3):480-6.
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai).
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D 2016. Bangkok: Samcharoen Panich; 2016. (in Thai).
5. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2011;94(4):427-36.
6. Phetchaburi Public Health Office. Incidence Rate of Stroke [Internet]. 2018 [cited 2018 March 20]; Available from http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/Index_pk.php. (in Thai).
7. Phetchaburi Public Health Office. Genetic screening [Internet]. 2018 [cited 2018 March 20]; Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
8. Boontae U, Duangchan C, Tawchantuk T, Polin S. Elder's health status and quality of life under the health care provided by community network and simulated families. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(3):175-85. (in Thai).
9. Nidhinandana S, Sithinamsuwan P, Chinvarun Y, Wongmek W, Supakasem S, Suwantamee J. Prevalence of post stroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010;93 Suppl:60-4.
10. Prasat Neurological Institute, Ministry of public Health. Clinical nursing practice guideline for stroke. Bangkok: Thana Place; 2015. (in Thai).
11. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla province, The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):217-33. (in Thai).
12. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *Journal Advance Nursing* 1993;18(2): 203-10.
13. Becker MH. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 1974;2(4):354-85.

14. House, JS. The nature of social support. In MA. Reading (Ed). Work stress and social support Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
15. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongkol P. Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. Journal of Public Health Nursing 2017;31(special edition):57-73. (in Thai).
16. Lemshow S, Hosmer DW, Kja J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. England: John Wiley & Sons; 1990.
17. Ruchirawat S, Loengubol J, Wannaprapan B. Application of health belief model with social support for health behavior modification to stroke prevention in elderly patients with hypertension in Nongkatum Sub-District Health Promotion Hospital, Juntuk Sub-District, Pakchong District, NakhonRatchasima Province. The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2017;23(2):55-63. (in Thai).
18. Sanprakhon P, Chusri O, Wongwisadkul S. The Effects of health belief application program in older adults with risk of coronary artery disease in a community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2018;28(3):87-100. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

The Effects of the Skill Development Program for Physical Rehabilitation in Health Volunteer for Stroke Survivors in the Urban Community of Bangkok Metropolitan

Received: Apr 15, 2020

Revised: May 20, 2020

Accepted: May 29, 2020

รศยา ยูวพรพาณิชย์ พย.ม. (Rosaya Yuwaporpanit, M.S.N.)¹วีณา เทียงธรรม ส.ด. (Weena Thiangtham, Dr.P.H.)²อาภาพร เพ้ววัฒนา Ph.D (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี และส่งผลให้เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ญาติแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขยังเป็นกำลังสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุ 30-70 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวิธีการเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขแบบเฉพาะเจาะจง 2 แห่งที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในกลุ่มกรุงเทพมหานคร เขตธนบุรี และแบบสุ่มอย่างง่ายในแต่ละแห่ง ได้กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ เครื่องมือประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Repeated Measure ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายโรคหลอดเลือดสมอง แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายโรคหลอดเลือดสมองในด้านการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว การป้องกันข้อยึดติด การฝึกการทรงตัวและการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: ros_jae@hotmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: weena.thi@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th.

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

สรุปผล: ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการอบรมด้านทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอสส.กรุงเทพมหานครเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางสุขภาพอย่างมีศักยภาพเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาว

คำสำคัญ: ทักษะในการฟื้นฟู, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Introduction: Stroke is a significant public health problem and the second leading cause of disability and death worldwide among patients aged 60 years and up. in Bangkok, the incidence of Stroke increases every year. And affects the patients were dependent person needs continuous rehabilitation. Health volunteers are also importance for rehabilitation of stroke survivors.

Research objectives: This quasi-experimental study used a two-group pretest posttest design. This study aimed to examine the effectiveness of the skill development program for physical rehabilitation in health volunteers for stroke survivors in the urban community of Bangkok Metropolitan.

Research methodology: Samples recruited health volunteers aged 30-70 years old. Samples were randomly assigned to two groups, an experimental and a control group. Each group consisted of 30 participants. The study was conducted over a period of 4 weeks, two weeks for intervention, and two weeks for follow-up period. The skill development program consisted of knowledge and skill development of physical rehabilitation. Data were collected using self-administered questionnaires, before, after intervention, and at the end of follow up phase. Data were analyzed using Chi-square, Repeated Measure ANOVA, and Independent t-test.

Results: Pre-test score of physical rehabilitation skills in stroke patients of two groups were not statistically significantly different ($p < .05$). Post-test scores of physical rehabilitation skills in stroke patients (pressure sore prevention, fall prevention, movement, move and turn sideways, attachment protection balance training, and muscle strength promotion) of the experimental group were significantly higher than pre-test and greater than the comparison group ($p < .05$).

Conclusion: skill development program for rehabilitation in health volunteer for stroke survivors could increase health volunteer's skills for physical rehabilitation. Therefore, this program could be implemented to train health volunteer with other skills for chronic diseases.

Implications: The findings from this study can be used as training guidelines in health volunteer's skills for physical rehabilitation for stroke survivors in Bangkok in order to improve healthcare service quality effectively, systematically and continually in the long term.

Keywords: skill development, health volunteer, stroke survivors

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป¹ เกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะหลงเหลือความพิการซึ่งจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ สูญเสียการทรงตัว เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในส่วนที่เป็นอัมพาต สิ่งที่ไม่ได้หรือไม่มีประสิทธิภาพ สูญเสียภาพลักษณ์ เกิดผลกระทบต่อบุคคลให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล รวมทั้งค่าใช้จ่ายภายในบ้าน² ตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวในปัจจุบันหน่วยงานเอกชนได้มีบริการทางคลินิกเฉพาะด้านการฟื้นฟูที่ให้บริการทั้งในสถานบริการและการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยให้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล ดำเนินการมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการและค่าใช้จ่ายสำหรับบริการของเอกชนที่มีราคาสูงมาก

ในกรุงเทพมหานครพบว่าเมื่ออุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี จากการรายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบจำนวน 1,010, 1,041 และ 6,341 ตามลำดับ³ ซึ่งมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตคือพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557, 2558, 2559 เท่ากับ 39, 44.6, 47.5, 48.7 และ 56.7 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ⁴ จะเห็นว่าอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องลดลงร้อยละ 7 ต่อปี และเมื่อรอดจากการเสียชีวิตในจำนวนหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งรายงานจากระบบ BMA Home ward referral center ซึ่งเป็นศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด 69,308 ราย เป็น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงต้องดูแลต่อเนื่องถึง 6,341 ราย³

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524 ได้มีการนำสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยในระบบสุขภาพของประเทศ ร่วมกับมีแนวคิดในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนที่ใช้ในการพัฒนาชุมชนทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อน และสร้างความเข้มแข็งให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านด้วยการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เป็นเครือข่ายด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และยังมีหน้าที่ช่วยประเมินอาการเบื้องต้น สังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนจะผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งเป็นการอบรมระยะสั้นเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งเป็นการบรรยายให้ความรู้โดยวิทยากรเป็นหลัก ไม่ได้มีการฝึกทักษะและทดลองปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน⁵

การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถ้าญาติไม่เข้าใจความสำคัญในระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยหรือมีความวิตกกังวล ขาดผู้ดูแล ขาดความมั่นใจ จากความซับซ้อนของโรคและพยาธิสภาพ ในขณะเดียวกันทีมบุคลากรทางสุขภาพมีจำนวนไม่เพียงพอในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ ออส. จึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมภาคประชาชนที่สำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนั้นจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีทักษะในการฟื้นฟูสภาพทางกายจนมีความชำนาญ และสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยให้ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องและทันเวลาโดย

เฉพาะในระยะ 3-6 เดือนแรกหลังพ้นระยะวิกฤติ เพื่อลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งมีความรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิต รวมทั้งลดภาระพึ่งพิงคนในครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและเป็นการสำคัญของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน⁷ จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติสิ่งใดได้ จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะจนมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และเกิดความชำนาญ ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี มีความคงทน ยั่งยืน⁸

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย บุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและต้องการความต่อเนื่อง แต่ด้วยภาระงานและจำนวนผู้ป่วยในชุมชนมีมากทำให้ไม่สามารถให้บริการอย่างทั่วถึง จึงได้เห็นถึงความสำคัญและมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขต่อทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของตนได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) และคาดหวังว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ จะมีประโยชน์และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้เป็นเครือข่ายภาคเอกชนที่มีความเข้มแข็งในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura⁹ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ผ่านกิจกรรมตามหลักของทฤษฎีคือ การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (modeling) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) เพื่อพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนทดลองในเรื่องทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (two group pretest-posttest and follow up design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparisons group) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานเป็นอาสา

สมัครสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ เลือกศูนย์บริการสาธารณสุขแบบเฉพาะเจาะจง 2 แห่งที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกันในกลุ่มกรุงเทพมหานครบุรี และกลุ่มอย่างง่ายในแต่ละแห่ง ได้กลุ่มละ 30 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุระหว่าง 30-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้เข้าใจดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยมีการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁹ เท่ากับ 1.12 โดยกำหนดให้ Power (1-β)=0.80, α=0.05, β (1 - p) =0.20¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20⁹ หรือจำนวน 5 คน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มละ 31 คน แต่ต่อจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน คือด้านการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงและการพลิกตะแคงตัว และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น การป้องกันข้อยึดติด การฝึกทรงตัวและการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งหมด 24 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ Pitthayapong, Tiangtam, Powwattana, Leelacharas, และ Waters¹² เป็นแบบประเมินมาตรฐานวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ปฏิบัติได้บางส่วนแต่ไม่ครบถ้วน และปฏิบัติไม่ได้

หรือไม่มีการปฏิบัติ เครื่องมือมีคะแนน ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ MUPH 2020-011 และได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานครเลขที่ U007h/63_NA รวมทั้งได้หนังสือตอบรับจากผู้อำนวยการสำนักอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข 36 บุคคโล และ 27 จันทร์ ฉิมโพลย์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการแก่อสาสมัครสาธารณสุขที่สนใจเข้าร่วมโครงการและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผล (follow up) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการฟื้นฟูสภาวะทางกายจำนวน 3 คน เป็นผู้ประเมินทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขครั้งที่ 1 ใช้เวลา 6 ชั่วโมง แบ่งเป็น 4 ช่วงคือ 1) ผู้วิจัยให้ความรู้ด้วยการบรรยาย ชมภาพจากสไลด์ และวิดีโอ รวมทั้งมอบคู่มือทักษะการฟื้นฟูใช้เวลา 30 นาที 2) เชิญตัวแบบเชิงบวก คือ อสส.ที่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้สำเร็จมาแล้ว ประสพการณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้เวลา 30 นาที 3) ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว การป้องกันข้อยึดติด การฝึก

การทรงตัวและการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใช้เวลา 60 นาที และ 4) แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้ฝึกปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานการป้องกันแผลกดทับและพลิกตะแคงตัว ฐานการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและฝึกการทรงตัว ฐานการป้องกันข้อยึดติดส่วนมือและแขน และฐานการป้องกันข้อยึดติดส่วนขาและเท้า ใช้เวลาฐานละ 60 นาที โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประจำแต่ละฐานคอยให้คำแนะนำ อธิบายเพิ่มเติม และให้ฝึกปฏิบัติจนทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูด้านการป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการหกล้ม การเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว การป้องกันข้อยึดติด การฝึกการทรงตัวและส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยให้คำแนะนำ และอธิบายเพิ่มเติม ให้ข้อมูลป้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พูดให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมวิจัย กล่าวชมเชย

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 7 ทบทวน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ประเมินและปรับแก้ให้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัยในการ

สัปดาห์ที่ 2 ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง และประเมินทักษะการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในแต่ละฐาน

สัปดาห์ที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประเมินทักษะในสถานที่เดียวกับสัปดาห์ที่ 2

สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรทั่วไปของกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยจะมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านทักษะปฏิบัติการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Chi-square, Repeated

measure ANOVA และ Independent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีอายุเฉลี่ยคือ 61.6-62.5 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เท่ากันร้อยละ 15.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 53.30 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8553.33 มีระยะเวลาการเป็น อสส. เฉลี่ย 10.23-14.70 ปี และด้านสุขภาพของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวไม่ร้ายแรงร้อยละ 56.70 เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 การแสดงระดับคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนทดลอง มีระดับต่ำ และเพิ่มเป็นระดับสูงในระยะหลังการทดลองและติดตามผล แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จะอยู่ระดับต่ำทั้ง 3 ระยะ (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการป้องกันแผลกดทับ ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้านการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว ด้านการป้องกันข้อยึดติด ด้านการฝึกการทรงตัว และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ในช่วงเวลาที่ต่างกัน และมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ด้านในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ในขณะที่ระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	3	10.00	7	23.30	.299 ^a
หญิง	27	90.00	23	76.70	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 50	2	6.70	1	3.30	.513 ^c
51 - 60	6	20.00	11	36.70	
61 - 70	22	73.30	18	60.00	
Min - Max	45 - 69		51 - 70		
$\bar{X} \pm SD$	62.53±5.50		61.60±6.10		
สถานภาพสมรส					
คู่	16	53.30	17	56.70	1.00 ^b
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	14	46.70	13	43.30	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่า/ประถมศึกษา	11	36.70	12	40.00	.970 ^a
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	50.00	15	50.00	
ปวส./อนุปริญญา	1	3.30	1	3.30	
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	10.00	2	6.70	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.70	18	60.00	.011 ^a
ประกอบอาชีพ	16	53.30	12	40.00	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 5,000	3	10.00	13	43.30	.098 ^c
5,000 – 10,000	6	20.00	7	23.30	
มากกว่า 10,000	21	7.00	10	33.40	
Min - Max	3,000 – 30,000		2,000 – 50,000		
$\bar{X} \pm S.D.$	8553.33±6182.21		9433.33±10604.75		
ระยะเวลาการเป็น อสส.(ปี)					
น้อยกว่า 5	9	30.00	1	3.30	.061 ^c
6 - 10	6	20.00	12	40.00	
มากกว่า 10	15	50.00	17	56.70	
Min - Max	3 - 21		4 - 25		
$\bar{X} \pm S.D.$	10.23±5.58		14.70±6.27		
โรคประจำตัว					
มี	17	56.70	11	36.70	.195 ^b
ไม่มี	13	43.30	19	63.30	

= Chi-square, ^b= Fisher's Exact test, ^c= t-test

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	Possible Range	Actual Range	$\bar{X}$	SD.	Possible Range	Actual Range	$\bar{X}$	SD.
ทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง								
ก่อนการทดลอง	1-72	23-35	28.40	4.12	1-72	23-37	28.77	4.03
หลังการทดลอง	1-72	60-72	67.87	2.96	1-72	24-36	28.93	3.68
ติดตามผล	1-72	63-72	71.33	2.13	1-72	24-37	28.97	3.83

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปร	SS	dF	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	32751.02	1.00	32751.02	1134.32	<.001
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม		58	28.87		
เวลา	17217.68	1.50	11477.73	2025.97	<.001
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	16912.08	1.50	11274.01	1990.02	<.001
ความคลาดเคลื่อน	492.91	87.01	5.67		

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทักษะการฟื้นฟูด้านการป้องกันแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง							
ก่อนการทดลอง	28.40	4.12	28.77	4.03	0.35	57.97	.730
หลังการทดลอง	67.87	2.96	28.93	3.68	45.21	55.45	<.001
ระยะติดตามผล	71.33	2.13	28.97	3.83	52.92	45.50	<.001
ทักษะการฟื้นฟูด้านการป้องกันแผลกดทับ							
ก่อนการทดลอง	5.13	1.22	4.63	0.99	1.73	55.76	.090
หลังการทดลอง	11.30	0.75	4.63	0.99	29.23	53.79	<.001
ระยะติดตามผล	11.90	0.31	4.63	0.99	38.09	34.36	<.001
ทักษะการฟื้นฟูด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม							
ก่อนการทดลอง	7.9	1.63	7.33	1.55	0.41	57.87	.690
หลังการทดลอง	16.67	2.25	7.33	1.55	17.91	51.52	<.001
ระยะติดตามผล	17.50	2.21	7.33	1.55	19.81	52.02	<.001
ทักษะการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว							
ก่อนการทดลอง	10.80	1.90	11.13	1.83	0.69	57.92	.490
หลังการทดลอง	25.67	1.56	10.93	1.79	33.89	56.87	<.001
ระยะติดตามผล	26.63	1.19	10.93	1.79	39.88	50.26	<.001
ทักษะการฟื้นฟูด้านการป้องกันข้อยึดติด							
ก่อนการทดลอง	1.43	0.50	1.47	0.51	0.25	57.99	.790
หลังการทดลอง	2.87	0.34	1.33	0.48	14.21	52.74	<.001
ระยะติดตามผล	3.00	0.00	1.33	0.48	19.04	29.00	<.001
ทักษะการฝึกการทรงตัวและส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ							
ก่อนการทดลอง	4.43	0.68	4.97	0.96	2.78	52.08	.180
หลังการทดลอง	11.00	0.91	4.30	0.47	-35.90	43.24	<.001
ระยะติดตามผล	11.90	0.31	4.33	0.55	-66.19	45.47	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมต่อทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทักษะทั้ง 5 ด้าน อธิบายได้ว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพส่งผลให้ออสส.กลุ่มทดลองมีทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และการสาธิตเพื่อให้เกิดความเข้าใจเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติจากตัวแบบที่มีประสบการณ์ (modeling) โดยการให้ฟังเรื่องเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูผู้ป่วย ของตัวแบบ การเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การสอน สาธิต ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจจากวิทยากร (verbal persuasion) รวมทั้งได้ลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเองซ้ำจนเกิดความชำนาญและความมั่นใจเพิ่มขึ้น (mastery experiences) ทำให้ทักษะการฟื้นฟูยังคงอยู่จนสิ้นสุดการศึกษา ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ว่าการเรียนรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Cherdsuntia, Phichayapinyo และ Laamphun¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในอาสาสมัครครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในอาสาสมัครครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwintrakorn¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มการเรียนรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ เมื่อพิจารณาทักษะระหว่างแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัวหลังการทดลองสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยทักษะการฟื้นฟูหลังการ

ทดลองน้อยที่สุด คือ ด้านการป้องกันข้อยึดติด อาจเกิดจากด้านนี้มีการฟื้นฟูข้อกระดูกหลายอวัยวะ จึงควรได้รับการฝึกให้ชำนาญอย่างต่อเนื่องมากกว่าด้านอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการอบรมด้านทักษะการฟื้นฟูสภาวะทางกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของออสส. กรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางสุขภาพอย่างมีศักยภาพเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาว
2. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความสามารถอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเกี่ยวกับทักษะด้านอื่น ๆ รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนอย่างถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ต่อไปควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
2. จากผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านทักษะแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลจากการที่ออสส.ที่ได้รับโปรแกรมได้นำความรู้ทักษะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอย่างมั่นใจ จึงควรเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติเป็นอย่างมากในครั้งต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมและขยายกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา โดยทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป
4. ควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติ และคนไข้ และประเมินทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัครสาธารณสุข

References

1. World Stroke Organization. Up again after stroke 2018; Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/International Journal of Stroke: WSO; 2018>.
2. Sungkawang S, Runnak N. Nursing of stroke patients: strategies for patient-centered care. *Journal of Nursing* 2016;34(3):10-8. (in Thai).
3. Division of Public Health Nursing, Bureau of Health, Bangkok. BMA Home Ward Report Referral Center. Bangkok: Division; 2561. (in Thai).
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2015. Nonthaburi; 2015. (in Thai).
5. Institute of Neurology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Rehabilitation guidelines for disease patients. Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation, 3rd edition. Bangkok: Thana Press; 2016. (in Thai).
6. Sirindhorn Institute for National Rehabilitation of Medicine Ministry of Public Health. Guide for patients and families Rehabilitation after hemiplegia from a stroke. Nonthaburi: Department; 2561. (in Thai).
7. Health Promotion Division, Bureau of Health, Bangkok Public Health Volunteer Handbook. Bangkok: Division; 2014. (in Thai).
8. Techartwat P, Thirawutwong N. The effectiveness of the volunteer training program village health in caring for stroke patients in the community by learning management using context-based. *Journal of Nursing and Health Care*. 2014;32(1):87-96. (in Thai).
9. Bandura A. Self-efficacy the exercise of control. W.H. Freeman and company; 1997.
10. Cherdsuntia V, Phichayapinyo P, Laamphun S. Skills Development for Family Volunteers in Taking Care of People Dependency. Master of Nursing Thesis (Community Practice Nursing). Graduate School, Mahidol University; 2019. (in Thai).
11. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
12. Pitthayapong S, Tiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CMA. Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nurs Res*. 2017;11: 150-7.
13. Suwintrakorn J, Kampakorn S, Rawiworakul T. The effect of self-efficacy enhancement program for health volunteers on stroke surveillance and prevention. *Thai Journal of Nursing* 2019;68(1): 39-48. (in Thai).

บทความวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ
การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น
Health Literacy of School-Age Pregnancy Prevention and Sexual Intercourse
among High School Students in Khon Kaen Province

Received: Dec 9, 2020
Revised: Feb 19, 2021
Accepted: Feb 25, 2021

เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ ส.ด. (Saowaluk Seedaket, Dr.P.H.)¹
เทพไทย โชติชัย ปร.ด. (Tepthai Chotchai, Ph.D)²

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในการป้องกันปัญหาดังกล่าวแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญคือความรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 235 คน สุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติ Pearson correlation coefficient และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.60 มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 41.70 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4.70 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.90 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี ร้อยละ 38.10 โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำสุดคือ 12 ปี คู่ตอนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นแฟน ร้อยละ 73.80 โดยมีการป้องกัน ร้อยละ 88.10 ในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเคยติดโรคทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.10 และผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.513$, $p\text{-value} = .003$) ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.451$, $p\text{-value} = .007$) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.421$, $p\text{-value} = .008$)

¹Corresponding author ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: ooyja_ommy@hotmail.com

²วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: tepthaichot@hotmail.com

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Thailand

สรุปผล: ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญในการเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพให้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การเข้าถึงข้อมูลและการบริการ และการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมวัยรุ่นที่อยู่ในวัยรุ่นให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ควรเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการคุมกำเนิดควบคู่กับการส่งเสริมทักษะการสื่อสารระหว่างบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครองและวัยรุ่นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันการตั้งครรภ์, การมีเพศสัมพันธ์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

Introduction: The situation of school-age pregnancy tends to increase every year for prevent such problems, one important approach is health literacy.

Research objectives: This study initiates health literacy in school-age pregnancy prevention and sexual intercourse and factors associated with health literacy in school-age pregnancy prevention among high school students in Khon Kaen province.

Research methodology: This cross-sectional study had 235 students and sampled using stratification, data were collected using a questionnaire. The questionnaire was content-validated with an IOC between 0.67-1.00 and a reliability was 0.86 analysing data with a computer programme, statistics presented with percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum, including the Pearson correlation coefficient, and Spearman rank correlation coefficient.

Results: The majority of students had low level of knowledge about the pregnancy prevention by 53.60%, followed by moderate level 41.70% and high level 4.70%. A 17.90% of student had had sex for the first time, and 38.10% had first sex at the age of 16, with the lowest first sex age of 12 years. There was an 88.10% of student protecting themselves against sexually transmitted Infections and pregnancy. It also found that they had been infected with a sexually transmitted disease by 7.10%. The factors related to health literacy in preventing school-age pregnancy showed that the comfort in communicating about sex with parents was moderately correlated with the knowledge of sex prevention of school-age pregnancy with statistically significant ($r_{xy} = 0.513$, $p\text{-value} = .003$). Student pregnancy prevention attitudes were moderately and positively correlated with health literacy in school-age pregnancy prevention ($r_{xy} = 0.451$, $p\text{-value} = .007$). The academic achievement was also moderately correlated with health literacy with significance ($r_{xy} = 0.421$, $p\text{-value} = .008$).

Conclusions: Health literacy in school-age pregnancy prevention and sexual intercourse was essential in enhancing health proficiency for high school students and accessing to information, services and media literacy.

Implications: The authority should encourage in their school-age students to prevent pregnancy. by providing knowledge about their health. Attitudes toward contraception should be emphasized along with the promotion of communication skills about pregnancy prevention between parents and adolescent student, especially in groups with low academic achievement.

Keywords: health literacy, pregnancy prevention, sexual intercourse, high school students

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลของกรมอนามัยปี พ.ศ. 2561 พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะเพศหญิงอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรรวมทั้งสิ้น 72,566 คน หรือเฉลี่ย 199 คนต่อวัน ส่วนการคลอดซ้ำของหญิงอายุ 10-19 ปี ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 6,543 คน หรือร้อยละ 9.00 ลดลงจากปี พ.ศ. 2560 ที่มีการคลอดซ้ำจำนวน 9,093 คน หรือร้อยละ 10.80 หากพิจารณาเฉพาะวัยรุ่นในช่วงอายุ 10-14 ปี พบมีการคลอดบุตร 2,385 คน หรือเฉลี่ยวันละ 7 คน ในประเทศไทยจำนวนการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 เป็นต้นมา สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงโดยใน พ.ศ. 2559 จำนวนการคลอดเท่ากับ 2,746 คน คิดเป็นอัตรา 1.4 ต่อหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน และจำนวนการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลง โดยอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี เปรียบเทียบกับจำนวนวัยรุ่นหญิงในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พันคน พบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ.2556 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2559 มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ 42.5 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน จากสถานการณ์จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี คือ 1.2 ต่อประชากรพันคน และอัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่น อายุ 15-19 คือ 33.7 ต่อประชากรพันคน¹ โดยที่วัยรุ่นในปัจจุบันนั้นเป็นช่วงที่กำลังพัฒนาความคิด อารมณ์ จิตใจ และสังคม มีการเจริญเติบโตไปอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความอยากรู้อยากลอง มีทัศนคติความคิดที่ว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ทัศนคติ และมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม เมื่อมีปัญหาจะมีการใช้วิธีการแก้ปัญหาตามกลุ่มเพื่อน ความไม่เข้าใจกันในครอบครัว และได้รับสิ่งกระตุ้นสิ่งเร้าต่าง ๆ จากสื่อออนไลน์ ปัจจัยเหล่านี้จึงมีโอกาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมทางเพศสูง ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น²

Nutbeam กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นรวมถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง การใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพตนเอง³ จึงใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการศึกษาค้นคว้า โดยกองสุศึกษาได้กำหนดองค์ประกอบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

ได้แก่ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน จะนำไปสู่การส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์⁴ จากแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED model) ได้ระบุไว้ว่าบุคคลจะเกิดความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้นั้น จำเป็นที่ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล) ปัจจัยเอื้อ (เป็นลักษณะของสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (เป็นแรงเสริมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้จะสนับสนุนให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ มีการศึกษาเพียงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคม แต่ยังไม่พบการศึกษา ที่เกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น⁵⁻⁸

และจากข้อมูลสถานการณ์การคลอดบุตร กรมอนามัยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า จำนวนหญิงคลอดอายุ 10-19 ปี 84,578 คน จากจำนวนหญิงคลอดทั้งหมด 656,571 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 เมื่อแยกเป็นกลุ่มหญิงอายุ 10-14 ปี พบคลอด 2,559 คน คิดเป็น 1.4 ต่อหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ส่วนหญิงอายุ 15-19 ปี คลอด 82,019 คน คิดเป็น 39.6 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ซึ่งยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้กำหนดเป้าหมายการลดอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น เมื่อสิ้นสุดยุทธศาสตร์ในปี 2569 คือ อัตราการคลอด มีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เหลือ 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เหลือ 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.1 โดยพบว่า เพศ อายุ ระดับชั้น การศึกษา การมีนัดอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สิ่งเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสิ่งกระตุ้นทางเพศ เช่น การเห็นภาพจากหนังสือ นิตยสาร สื่อลามก การได้กลิ่นน้ำหอมจากเพศตรงข้าม การอ่านหรือฟัง

การแต่งกายที่ไม่รัดกุมเปิดบางส่วนให้เห็นเนื้อหนังอาจทำให้ผู้พบเห็นเกิดอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา^{5,6} สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาปัญหานี้ยังปรากฏมากในปัจจุบัน การตั้งครกในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์เนื่องจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งการตั้งครกของวัยรุ่นยังเป็นปัญหาในปัจจุบันที่มีการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายของวัยรุ่นโดยมุ่งหวังให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันแก้ไขปัญหา⁹

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาการตั้งครกของวัยรุ่นยังคงต้องติดตาม เพราะนักเรียนวัยรุ่นยังคงขาดความรู้ในการป้องกันการตั้งครก ขาดทักษะในการใช้ชีวิตถูกแรงกระตุ้นจากสื่อเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม และขาดความอดทนต่อแรงกดดัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกและการได้รับทราบข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันและดูแลตนเองให้มีความสามารถหรือทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการวางแผนและหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันการตั้งครกของวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียนให้วัยรุ่นสามารถควบคุม ป้องกันการตั้งครกของตนเองในอนาคตได้ ซึ่งจะเป็นการลดปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียนและเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน

การตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

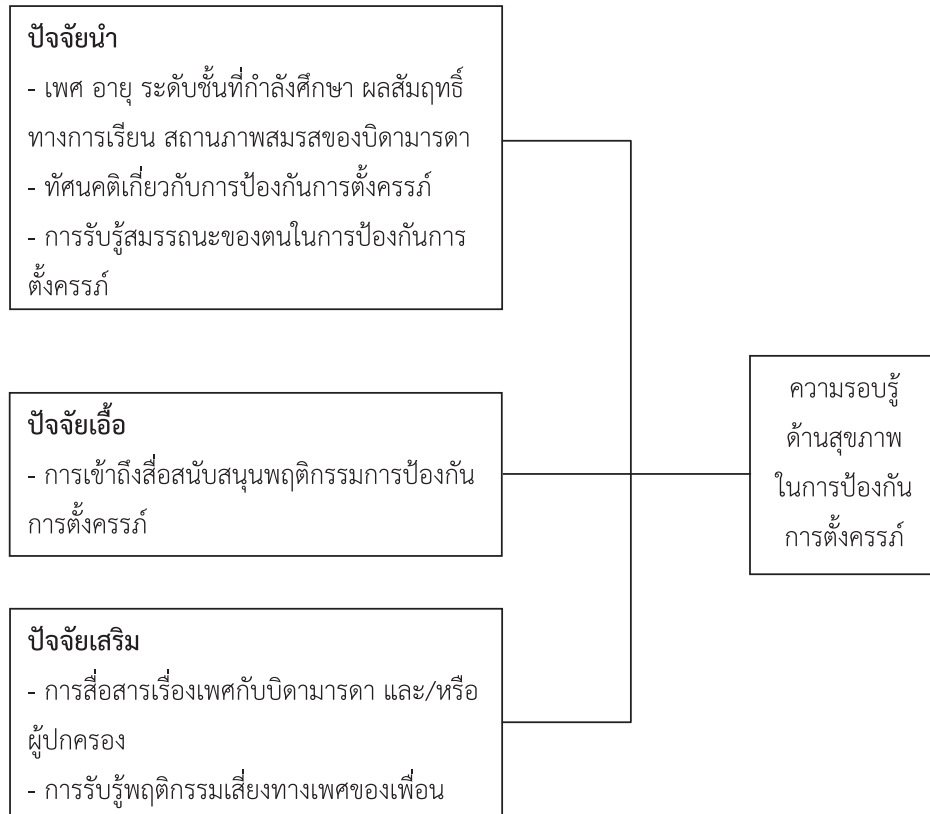
ผู้วิจัยใช้ PRECEDE Framework¹⁰ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ดังภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และสถานภาพสมรสของบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครก และการรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครกในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 402 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร โดยใช้สูตรของ Chirawatkul¹¹ ได้จำนวน 235 คน โดยทุกคนสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จำแนกตามระดับชั้นที่กำลังศึกษา ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 5 และ 6 เนื่องจากแต่ละระดับชั้นมีจำนวนนักเรียนไม่เท่ากัน จึงคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละระดับชั้น (proportional

allocation to size) จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่คำนวณได้ โดยคณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนและครูประจำชั้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และสถานภาพสมรสของบิดามารดา และ/หรือ ผู้ปกครอง ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด รวมจำนวน 5 ข้อ
2. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ทศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก

ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน การแปลผล ระดับต่ำ (10-23.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน) และระดับดี (36.67-50.00 คะแนน) ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย และไม่มั่นใจอย่างยิ่ง โดยมีการให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ รวม 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล ระดับต่ำ (6.00-14.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (14.01-23.00 คะแนน) และระดับดี (23.01-30.00)

3. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน การแปลผล ระดับต่ำ (7.00-16.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (16.34-25.66 คะแนน) และระดับดี (25.67-35.00 คะแนน)

4. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือ ผู้ปกครอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ สะดวกใจมากที่สุด สะดวกใจมาก ค่อนข้างสะดวกใจ ค่อนข้างไม่สะดวกใจ และไม่สะดวกใจเลย โดยมีการให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล ระดับต่ำ (6.00-14.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (14.01-23.00 คะแนน) และระดับดี (23.01-30.00 คะแนน)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีการให้ค่าคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 5 ข้อ การแปลผล ระดับต่ำ (5.00-11.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.67-18.33 คะแนน) และระดับดี (18.34-25.00 คะแนน)

5. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด และปลายปิด รวมจำนวน 8 ข้อ

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁴ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ตอน รวม 37 ข้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยหากคะแนนสูงหมายความว่าผู้ตอบมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมาก และหากคะแนนต่ำหมายความว่าผู้ตอบมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรน้อย และ ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ตัดสินใจได้ดีมาก ตัดสินใจได้ดี ตัดสินใจได้ปานกลาง และตัดสินใจได้ไม่ดี โดยมีการให้ค่าคะแนน 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ โดยแปลผลเป็นคะแนนรวม และจัดระดับดังนี้ ระดับต่ำ (37-74 คะแนน) ระดับปานกลาง (75-112 คะแนน) และระดับสูง (113-148 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีแอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) รวมทั้งฉบับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive

statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยสถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้ Pearson correlation coefficient และ Spearman rank correlation coefficient ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE631032 โดยผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากยังเป็นวัยที่ไม่บรรลุนิติภาวะ จึงได้มีการขออนุญาตบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครองด้วย โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อผู้ตอบ โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.60 อายุเฉลี่ย 16.2 ปี (SD = 0.7) อายุน้อยที่สุด 15 ปี และมากที่สุด 19 ปี กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 38.20 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย 2.98 (SD = 0.5) ต่ำสุด 2.18 และสูงสุด 4.00 สถานภาพสมรสของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.10 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้องในระดับปานกลาง (Mean=27.5, SD = 4.8) รวมทั้งมีการรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกัน

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือ ผู้ปกครอง และการรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางด้วย (Mean = 18.4, SD = 4.2; Mean = 19.2, SD = 4.6; Mean = 16.5, SD = 4.5 และ Mean = 14.9, SD = 2.6 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.60 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และสูง ร้อยละ 41.70 และ 4.70 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 73.5 (SD = 12.4) คะแนนต่ำสุด 40 คะแนน และคะแนนสูงสุด 128 คะแนน ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.9 ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์นี้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี ร้อยละ 38.10 โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำสุดคือ 12 ปี คู่่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นแฟน ร้อยละ 73.80 โดยมีการป้องกัน ร้อยละ 88.1 ซึ่งใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 70.30 คู่่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์บ่อยที่สุดเป็นแฟน ร้อยละ 90.50 โดยมีการป้องกันมากขึ้นกว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจากร้อยละ 88.10 เป็นร้อยละ 95.20 โดยใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 77.50 ในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเคยติดโรคทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.10 ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ปัจจัย 3 ตัวคือ การสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.513, 0.451 และ 0.421 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=235)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	40.40
หญิง	140	59.60
อายุ (ปี) Mean = 16.2, SD = 0.7, Min = 15, Max = 19		
15 ปี	4	1.70
16 ปี	112	47.70
17 ปี	70	29.80
18 ปี	43	18.30
19 ปี	6	2.60
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	90	38.30
มัธยมศึกษาปีที่ 5	78	33.20
มัธยมศึกษาปีที่ 6	67	28.50
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPAX) Mean = 2.98, SD = 0.5, Min = 2.18, Max = 4.00		
น้อยกว่า 2.50	32	13.60
2.50-3.00	74	31.50
3.01-3.50	65	27.70
3.51 ขึ้นไป	64	27.20
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	160	68.10
แยกกันอยู่	24	10.20
หม้าย/หย่าร้าง	51	21.70

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน (n=235)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (37-74 คะแนน)	126	53.60
ระดับปานกลาง (75-112 คะแนน)	98	41.70
ระดับสูง (113-148 คะแนน)	11	4.70
Mean = 73.5, SD = 12.4, Min = 40.0, Max = 128		

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (n=235)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
การเคยมีเพศสัมพันธ์		
เคย	42	17.90
ไม่เคย	193	82.10
มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ		
12 ปี	2	4.80
13 ปี	1	2.40
14 ปี	5	11.90
15 ปี	2	4.80
16 ปี	16	38.10
17 ปี	9	21.40
18 ปี	6	14.30
19 ปี	1	2.40
คู่ตอนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วย		
แฟน	31	73.80
เพื่อนนักเรียน	6	14.30
คู่ตอนคืนเดียว	3	7.10
ไม่ระบุ	2	4.80
การป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ป้องกัน	37	88.10
ใช้ถุงยางอนามัย	26	70.30
การหลังภายนอก	3	8.10
กินยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	7	18.90
การนับวัน (หน้า 7 หลัง 7)	1	2.70
ไม่ป้องกัน	5	11.90
คู่ตอนที่เคยมีเพศสัมพันธ์บ่อยที่สุด(หลังจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก)		
แฟน	38	90.50
เพื่อนนักเรียน	3	7.10
อื่น ๆ	1	2.40
การป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไป		
ป้องกัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	40	95.20
ใช้ถุงยางอนามัย	31	77.50
กินยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	14	35.00
การหลังภายนอก	6	15.00
การนับวัน (หน้า 7 หลัง 7)	4	10.00
ฝังยาคุมกำเนิด	1	2.50
ไม่ป้องกัน	2	4.80
เคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์		
เคย	3	7.10
ไม่เคย	39	92.90

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
	r_{xy}	p-value
ปัจจัยนำ		
เพศ (หญิง)	0.026	.314
อายุ	0.054	.216
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา	0.153	.118
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	0.421	.008*
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (อยู่ด้วยกัน)	-0.034	.619
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	0.451	.007*
การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการตั้งครรภ์	0.192	.095
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงสื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น	0.168	.103
ปัจจัยเสริม		
การสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง	0.513	.003*
การรับรู้การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อน	0.151	.121

ตัวแปรเพศ และระดับชั้นที่กำลังศึกษาวิเคราะห์ด้วย Spearman rank correlation coefficient *ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.60 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.70 คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอซึ่งอาจมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องบ้าง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Intarakamhang และ Khumthong¹² ที่พบว่าภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นไทยอายุ 18-21 ปี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ถึงร้อยละ 95.50 อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับผลการศึกษาของ Ngomsangad Srisuriyawet และ Homsin⁷ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่น โดยภาพรวมนักเรียนวัยรุ่นส่วนใหญ่

ร้อยละ 71.3 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องบ้าง และการศึกษาของสำนักกรรมการที่พบว่าในกลุ่มวัยเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 86.49¹³ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มุ่งเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่สูงซึ่งไม่ใช่ชนกลุ่มปกติทั่วไปตามผลการศึกษาของสำนักกรรมการ

กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.90 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี ร้อยละ 38.10 โดยอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำสุดคือ 12 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากเป็นวัยแห่งการเรียนรู้และอยู่ใน

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.60 ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Maturachon¹⁴ ที่พบว่าเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 16.7 ปี

การสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.513$, $p\text{-value} = .003$) ไม่แตกต่างกับผลการศึกษาของ Ngomsangad Srisuriyawet และ Homsin¹¹ ที่พบว่าความสละสลวยในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อ แม่ ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง แสดงให้เห็นว่าหากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความสละสลวยในการสื่อสารกับผู้ปกครอง บิดามารดา จะส่งผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงที่ดี อาจกล่าวได้ว่าการสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องเพศศึกษาในบริบทของสังคมไทยที่ถือว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่เหมาะสม กลัวผู้ปกครองหรือบิดามารดาเข้าใจผิด มักจะมีความลำบากรู้สึกอึดอัดในการพูดเรื่องเพศ อีกทั้งผู้ปกครองและบิดามารดาไม่มีทักษะในการพูดคุยเรื่องเพศหรือไม่มีความรู้ร่วมด้วย ซึ่งถ้าหากผู้ปกครองหรือบิดามารดามีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศที่ดี ก็จะเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นได้¹⁵

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.451$, $p\text{-value} = .007$) นั่นคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคะแนนทัศนคติที่สูงจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงที่ดี ซึ่งกลุ่มบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้ประสบการณ์เดิมหรืออารมณ์ความรู้สึกมากกว่าการคิดเชิงวิจักษ์ญาณในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ในขณะที่กลุ่มบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงหรือดีก็จะเลือกใช้วิธีอื่น¹⁶ โดยพบว่าผลการศึกษาแตกต่างกับผลการศึกษาของ Ngomsangad Srisuriyawet และ Homsin¹¹ ที่พบว่า ทัศนคติ

เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง นั่นคือวัยรุ่นหญิงที่มีคะแนนทัศนคติสูง จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และการศึกษาของ Kaewwiengdach และ Hirunwatthanakul⁵ ที่พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = 0.421$, $p\text{-value} = .008$) อธิบายได้ว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี โดยการศึกษาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป (ร้อยละ 54.90) ถือว่ามีทักษะด้านสติปัญญาสูง มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และได้ตรองมากกว่าบุคคลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ บุคคลกลุ่มนี้มีแนวโน้มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงที่สูง สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงได้ถูกต้อง ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จะมีความรู้ต่ำไปด้วย^{7,17}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญอย่างยิ่ง และขึ้นอยู่กับ การสื่อสาร เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพให้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การเข้าถึงข้อมูลและการบริการ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดทำแผนงาน โครงการในการเฝ้าระวังกับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเน้นทักษะการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เน้นทักษะในการรับฟัง การโน้มน้าวให้ผู้สนใจเข้าใจเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยกิจกรรมดังกล่าวควรให้ความสำคัญกับทักษะการสื่อสารของบิดามารดา ผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่น โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจให้กับบิดามารดา ผู้ปกครอง ควรดึงให้บุคคลกลุ่มนี้มีการเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ประเมินความสามารถโดยการค้นหาการเรียนรู้ การประเมินการรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ จะช่วยให้บิดามารดา ผู้ปกครอง มีความรอบรู้เท่าทันวัยรุ่น

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมได้ รวมทั้ง การส่งเสริมทัศนคติหรือความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยเรียนโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทาง การเรียนต่ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากการวิจัยครั้งนี้ควรมีการประยุกต์รูปแบบการ ศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ร่วมกับแนวคิดเรื่อง

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อ พัฒนาทักษะของบิดามารดา ผู้ปกครองในการสื่อสารกับวัยรุ่น เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งการเสริมสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มนี้ รวมทั้งควรประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีอื่น ๆ มาใช้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ของบิดามารดา และ/หรือผู้ปกครองเพื่อให้การสื่อสารเรื่อง เพศกับบุตรหลานในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน อันจะเป็นทางเลือกในการนำไปใช้อย่างเหมาะสมกับกลุ่ม เป้าหมายต่อไป

References

1. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Adolescent pregnancy policy, guidelines and evaluation. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand, Limited. 2019. (in Thai).
2. Chiengta P, Tumchea S, Maneechot M, Lorrhanna S, Pumprayool P, Yingrengreung S. Effects of a sexual health promotion program on pregnancy prevention of teenage in Saraburi municipal. Journal of Boromrajanani College of Nursing, Bangkok. 2018;34(2):101-11. (in Thai).
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Socl Sci & Med 2018;67(2):2072-78.
4. Health Education Division, Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. Assessment and enhancement of health literacy [Internet]. 2018. [cited 2019 Sep 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/vdoEvents/index>. (in Thai).
5. Pupunhong W, Wuttisin K, Traitip T. Factors related to sexual behavior of teenagers in Amphoe Meuang Kalasin province. Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University. 2016;3(2):54-72. (in Thai).
6. Sripol, R. Factors related to sexual behavior among youth in Loei province. Journal of the Office of DPC 7 Khonkaen 2019;23(2):101-11. (in Thai).
7. Ngomsangad Y, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket province. The Public Health Journal of Burapha University 2019;14(2):37-51. (in Thai).
8. Kaewwiengdach C, Hirunwatthanakul P. Factors associated with sexual risk behaviors among secondary school students in Nakhom Phanom province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016;17(3):163-77. (in Thai).
9. Thiammok, M, Saranrittichai, K. The developmental guidelines to prevent adolescent sexual risk behaviors in community. Journal of Boromarajanani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3): 38-46. (in Thai).

10. Green LW, Kreuter MV, Deeds S, Partridge K. Health education planning: a diagnosis approach. California. Mayfield.
11. Chirawatkul A. Statistics in research; appropriate selection. Bangkok: Witthayaphat; 2014. (in Thai).
12. Intarakamhang U, Khumthong T. Measurement development of health literacy and unwanted pregnancy prevention behavior for Thai female adolescents. Journal of Public Health Nursing 2017;31(3):82-91. (in Thai).
13. Senate committee. Documents for the preparation of the National Health Reform Plan health literacy issues [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 22]. Available from: http://dohhl.anornai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=57.
14. Maturachon T. A Situation analysis of sexual risk behavior, sexual health protection and assessing sexual health service system of young adult. Community Nursing Program, Faculty of Nursing, Suranaree University of Technology 2018. (in Thai).
15. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. Distributed health literacy: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long term health condition. Health Expect 2015;18(5):1180-93.
16. Wagner CV Steptoe A Wolf MS Wardle J. Health Literacy and health actions A review and framework from health psychology. Health Educ & Behav 2009;36(5):860-77.
17. Srimuang S, Powwattana A, Lagampan S. The effects of health literacy promotion program on teenage pregnancy prevention among early adolescent girls in school under Bangkok Metropolitan Administration. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):74-85. (in Thai).

บทความวิจัย

ประสบการณ์การทำพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

Experiences of Multiple Risk Behaviors through Female Secondary School Student's Perception: A Qualitative Descriptive Study

Received: Nov 1, 2020

Revised: Jan 25, 2021

Accepted: Jan 30, 2021

พิมรัตน์ ธรรมรักษา ส.ด. (Pimrat Thammaraksa, Dr.PH.)¹อาภาพร เฝ้าวัฒนา ป.ด. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)²ยุทธนา มีกลิ่นหอม กศ.บ. (Yutthana Meeklinhom, B.Ed.)³สุรพล บุญลือ กศ.ด. (Surapon Boonlue, Ed.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นหญิงไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่น่าสนใจคือ การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ที่ผ่านมานั้นที่พฤติกรรมเสี่ยงชนิดเดียว และขาดการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุและประสบการณ์การทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นหญิงอย่างลึกซึ้ง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยง 16 คน ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทั้ง 16 คน มีประสบการณ์ในการทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 ถึง 8 พฤติกรรม ส่วนใหญ่เริ่มจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมาภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน สถานการณ์ที่เปิดโอกาสให้ทำพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ฉลองสอบเสร็จ การเข้าค่ายนอกสถานที่ และการไปบ้านรุ่นพี่ เป็นต้น ปัจจัยสาเหตุสำคัญของการทำพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนเองขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน เพราะกลัวเพื่อนไม่พอใจ และกลัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีความตั้งใจเป็นพื้นฐานของการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จึงไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อมีโอกาส

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, E-mail: pimrat.t@bcn.ac.th

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

³ ครู คศ.1 โรงเรียนบางพลีราษฎร์บำรุง, E-mail: Topkrubangpla@gmail.com

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, E-mail: surapon@hotmail.com

¹ Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

² Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³ Bangpleeratbamrung School, Samutprakan, Thailand

⁴ Educational Communications and Technology, King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok, Thailand

สรุปผล: สาเหตุการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง คือ การมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ และมีความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นหญิงที่เน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พยาบาลควรทำความเข้าใจความต้องการเฉพาะในวัยรุ่นหญิง เพื่อลดโอกาสในการทำพฤติกรรมเสี่ยง

คำสำคัญ: นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง, พฤติกรรมเสี่ยง, ประสิทธิภาพ, การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

Abstract

Introduction: The incidence rate of multiple risk behaviors (MRB) in Thai female adolescents have increased continuously. However, factors causing adolescent risk-taking behavior have highlighted only a single risk behavior, and lack of deep understanding the factors and experiences of multiple risk behaviors taking among Thai female adolescents.

Research objectives: To study the experiences of multiple risk behaviors through female secondary school student's perception.

Research methodology: This study is qualitative descriptive study. Focus groups of 16 female secondary school students with multiple risk behaviors in Samut Prakan province. The data were analyzed by content analysis.

Results: The findings indicated that 16 female secondary school students had engaged in MRB, ranging between two to eight risk behaviors. Most of them started their risk taking with alcohol drinking. After that, other types of risk-taking behaviors can be followed from a period of 1 week to 1 month. Situations that allowed female secondary school students engaging in MRB, such as party after the exam, camp, and having party at their friend's house etc. Regarding, main causes of MRB, most of female secondary school students perceived that they lacked of self-confidence to control risky behaviors when their friends persuaded them because they felt afraid to refuse their friends, they also afraid their friends feel dissatisfaction, and afraid to not get along with friends. Female secondary school students had intentions to not avoided various risk-taking behaviors by did not avoid to have this risk when having a chance.

Conclusions: Causes of MRB among female secondary school students include low perceived ability to control MRB and low intention to avoid MRB.

Implications: The findings appoint the importance of developing a MRB prevention model for female adolescents that emphasizes to promoting the self-efficacy to control MRB and intention to avoid MRB. Nurses should understand the uniqueness of female adolescents and their needs in order to reduce risk opportunities.

Keywords: female secondary school students, multiple risk behaviors, experiences, qualitative descriptive study

บทนำ

ปัจจุบันวัยรุ่นหญิงในประเทศไทยมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มากขึ้น โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้บ่อย เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และสูบบุหรี่ ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิงในสังคมไทยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 วัยรุ่นหญิงเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 9.20 โดยสถานที่ที่นิยมนัดรวมกลุ่มเพื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรก คือ บ้านเพื่อน (ร้อยละ 52.36) บ้านตนเอง (ร้อยละ 16.28) และ งานเลี้ยงสังสรรค์ (ร้อยละ 12.60) สาเหตุหลักของการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 สาเหตุ ได้แก่ ดื่มตามเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม อยากลองดื่ม และเพื่อการสังสรรค์¹ จากการศึกษาของ Autsanangkornchai และคณะ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ วัยรุ่นหญิงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.00 และวัยรุ่นหญิงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยกว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ใช้อย่างอนาถัย ร้อยละ 74.00² ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเชื่อมโยงกับการทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง จะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 วัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอด จำนวน 61,651 คน เฉลี่ย 169 คนต่อวัน³ นอกจากนี้มีรายงานการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 วัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่พักอาศัยในเขตเมืองมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ประมาณ 13,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ซึ่งนับว่าเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่พบเพียงร้อยละ 0.80⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kengkanpanich ที่พบว่า วัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงในต่างจังหวัด โดยมีอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงที่เคยสูบบุหรี่แม้เพียงหนึ่งครั้ง ร้อยละ 13.10 และเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 11 ปี⁵

ปัญหาการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นหญิงพบได้มากขึ้นในเขตเมืองและเขตปริมณฑล โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรปราการ จากการสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 วัยรุ่นหญิงในจังหวัดสมุทรปราการมีอัตรา

การสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.00⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha ที่พบว่า ร้อยละ 49.80 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงในจังหวัดสมุทรปราการมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ประกอบด้วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเมื่อศึกษาจำแนกรายพฤติกรรมเสี่ยงจะพบว่า ร้อยละ 38.70 ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงกลุ่มตัวอย่างมีการทำพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 1 ชนิด โดยทำพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ในขณะที่นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงอีกร้อยละ 11.10 มีการทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยทำพฤติกรรมสูบบุหรี่ร่วมกับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และน้อยที่สุดคือมีการทำทั้งสามพฤติกรรมเสี่ยงข้างต้น⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าวัยรุ่นหญิงในปัจจุบันมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น โดยวัยรุ่นหญิงหนึ่งคนอาจทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมกันมากกว่า 1 พฤติกรรมขึ้นไป หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า “พหุพฤติกรรมเสี่ยง” ซึ่งหมายถึง วัยรุ่นมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 พฤติกรรมขึ้นไป หรือพฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมา อันจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นได้⁸ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นนั้นส่งผลทั้งต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว และสังคม สำหรับผลกระทบที่เกิดกับวัยรุ่น เช่น ปัญหาสุขภาพ หมดอนาคต ถูกไล่ออกจากโรงเรียน และการตั้งครหาไม่พร้อม เป็นต้น ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว คือ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง ปัญหาหลักทรัพย์ และการใช้ความรุนแรงในสังคม เป็นต้น⁹

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นหญิงทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยจากการศึกษาวิจัยเชิงทำนายของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายโอกาสในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงในจังหวัด

สมุทรปราการ โดยอธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่านักเรียนหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยงสูงเป็น 6.98 เท่า ($OR = 6.98, 95\%CI = 1.42 - 34.18$) และนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีความตั้งใจในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมีโอกาสทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่านักเรียนหญิงที่มีความตั้งใจในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงต่ำเป็น 45.24 เท่า ($OR = 45.24, 95\%CI = 5.46 - 374.79$)⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Teanchaithut, Masingboon และ Wacharasin ที่พบว่า ความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิงมากที่สุด และเส้นทางอิทธิพลที่มีค่าอิทธิพลสูงสุด คือ ตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยส่งผลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไปยังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นหญิง¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Ajzen ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดโดยความตั้งใจในการทำพฤติกรรม (Intention) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก ทำให้ทราบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นหญิงทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ แต่ยังไม่ค่อยมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวแปรสาเหตุเหล่านี้และประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นหญิงอย่างลึกซึ้ง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงโดยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งจุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน

มัธยมศึกษาหญิง ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพหุพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive study) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) กับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งบทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันพหุพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 ปีการศึกษา 2562 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา ก. ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานระบุนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง รวมทั้งหมด 1,036 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2562)¹²

กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล คือ นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงในจังหวัดสมุทรปราการที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี 2) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา 3) มีประสบการณ์ทำพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 2 พฤติกรรม เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับสูบบุหรี่ หรือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น 4) นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอมตน และ 5) ผู้ปกครอง

ให้ความร่วมมือและยินดีให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในเอกสารยินยอมตน สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงไม่มาโรงเรียนในวันทำการเก็บข้อมูล และ 2) นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่ลาออกหรือย้ายโรงเรียน ซึ่งผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยติดต่อกับคุณครูที่ทำหน้าที่หัวหน้างานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของโรงเรียน และคุณครูประจำชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 เพื่อประเมินและคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงในห้องเรียนที่รับผิดชอบ นอกจากนี้มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ด้วยวิธีการบอกต่อ (Snowball

technique) ร่วมด้วย โดยนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง จำนวน 3 คน เข้าร่วมการวิจัยโดยการบอกต่อจากเพื่อน ซึ่งทั้งสามคนนี้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น จำนวนผู้ให้ข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจนอ้อมตัวมีจำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Semi-structured focus group guideline) ซึ่งแนวคำถามที่ใช้มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยประเด็นคำถามทั้งหมด 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม

แนวคำถาม	คำถาม/ประเด็นชักต่อนื่อง
1) จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพฤติกรรมเสี่ยง	
- นักเรียนเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงอะไรเป็นพฤติกรรมเสี่ยงแรก - หลังจากเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงแรกแล้ว...นักเรียนทำพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ต่อหรือไม่ อย่างไร (เรียงลำดับการทำพฤติกรรมเสี่ยง)	- อะไรเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้นักเรียนทำพฤติกรรมเสี่ยง - เมื่อทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกนี้แล้ว นักเรียนเกิดความรู้สึกอย่างไร - นักเรียนรู้สึกอย่างไรกับการทำพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้
2) สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ	
สถานการณ์อะไรบ้างที่ทำให้นักเรียนมีโอกาสเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมเสี่ยง	ในสถานการณ์นั้น ๆ มีโอกาสปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงได้หรือไม่ อย่างไร
3) ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง	
- นักเรียนคิดว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ อย่างไร - หากนักเรียนต้องการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน...นักเรียนมีความมั่นใจในการปฏิเสธการทำพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ และคิดว่าจะทำได้มากน้อยแค่ไหน	ทำไมจึงรู้สึก/หรือคิดเช่นนั้น
4) ประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	
- การทำพฤติกรรมเสี่ยงที่ผ่านมาเกิดจากความตั้งใจของนักเรียนหรือไม่ อย่างไร - นักเรียนมีความตั้งใจที่จะไม่ทำหรือหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่/อย่างไร และคิดว่าจะทำตามที่ตั้งใจได้มากน้อยแค่ไหน	ทำไมจึงรู้สึก/หรือคิดเช่นนั้น

1) จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง 2) สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และ 4) ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง (ตารางที่ 1) ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน และด้านพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น จำนวน 2 คน และนำไปทดลองถามคำถามกับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามให้มีความชัดเจนก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

นอกจากนี้ มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกา แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยนับเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญที่สุด ซึ่งผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพกับกลุ่มวัยรุ่นในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ (COA No. BCNB-2563-01) ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัดตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียด ทั้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเองโดยปราศจากการบังคับใด ๆ และก่อนลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมตน ผู้ให้ข้อมูลต้องทำการอ่านรายละเอียดต่าง ๆ ในเอกสารชี้แจงข้อมูลจนเกิดความเข้าใจก่อนการตัดสินใจตกลงเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมตน พร้อมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนด้วย ในการสนทนากลุ่มจะมีข้อคำถามบางข้อเป็นการถามเรื่องส่วนตัว อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ หรือวิตกกังวลในการตอบคำถาม ซึ่งผู้ให้

ข้อมูลสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในข้อนั้นได้ หรือ ยุติการสนทนากลุ่มได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการปกป้องความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลหรือข้อบ่งชี้ใด ๆ ที่อาจเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ มีการใช้รหัสแทน ซึ่งจะทราบเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจะเก็บรักษาอย่างดี มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยประสานงานกับคุณครูที่ทำหน้าที่หัวหน้างานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของโรงเรียนและคุณครูประจำชั้น เพื่อทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เพื่อทำการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน ทำการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวอย่างน้อยกลุ่มละ 2 ครั้งจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (data saturation) ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาทีต่อครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมจากการสนทนากลุ่มมาทำการถอดเทปและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยประยุกต์จากหลักการของ Graneheim และ Lundman ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มหลาย ๆ ครั้ง 2) การให้รหัสข้อมูลเชิงคุณภาพแบบคำต่อคำ 3) การให้รหัสข้อมูลเชิงคุณภาพแบบประโยคต่อประโยค เพื่อระบุเนื้อหาที่จะใช้ในการอธิบายคำสำคัญต่าง ๆ 4) กำหนดประเด็นหรือประเภทของข้อมูล โดยเปรียบเทียบหลาย ๆ ประเด็น และ 5) ประเด็น¹³ โดยนำข้อมูลที่จัดประเด็นแล้วมาวิเคราะห์และตีความ เพื่อให้

สามารถอธิบายประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษาได้

ผลการวิจัย

สำหรับผลการวิจัยของการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ คือ ข้อมูลทั่วไป และประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่เป็นผู้ให้ข้อมูล มีจำนวนทั้งหมด 16 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (จำนวน 10 คน) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 16 คน มีประสบการณ์ในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 ถึง 8 พฤติกรรม โดยส่วนใหญ่ทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 2 พฤติกรรม (จำนวน 8 คน) รองลงมาคือ จำนวน 3 พฤติกรรม (จำนวน 5 คน) และจำนวน 8 พฤติกรรม (จำนวน 3 คน) สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงแรกที่นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำ พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มจากพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จำนวน 13 คน) และมีเพียง 3 คนที่เริ่มจากพฤติกรรมสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง 2) สถานการณ์ชักนำการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และ 4) ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้วิจัยจำแนกผลการวิจัยออกเป็น 2 ประเด็น คือ จุดเริ่มต้นของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง และเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ดังนี้

1.1 จุดเริ่มต้นของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นจุดเริ่มต้นของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของนักเรียนมัธยมศึกษา

หญิง คือ 1) พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) พฤติกรรมสูบบุหรี่

1.1.1 พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนประสบการณ์ให้เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกๆ ที่เริ่มทำ หรือนับเป็นจุดเริ่มต้นของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันสำหรับวัยรุ่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า เพราะว่ากลุ่มเพื่อนจะมีจัดฉลองวันเกิดบ่อย ก็ต้องหัดดื่มบ้าง ถ้าเราไม่ดื่มก็จะดูแปลก ๆ นะ เพราะจริงๆ แล้วการดื่มเหล้าก็เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันของพวกเขาหนูอยู่แล้วนะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 2, 3, 4, 7)

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า เพราะหนูเห็นเพื่อนผู้ชายดื่ม ก็เลยอยากรองดื่มดูบ้าง ไม่ใช่เรื่องแปลกอะไรที่ผู้หญิงจะทำ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 10, 14)

1.1.2 พฤติกรรมสูบบุหรี่

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงบางส่วนเริ่มทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกด้วยการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความรู้สึกที่ติดต่อการสูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หนูเริ่มจากสูบบุหรี่ เพราะรู้สึกว่ามันเพี้ยวดี และช่วยคลายเครียดได้” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 6, 8, 9)

1.2 เส้นทางหรือลำดับการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง

สำหรับเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเล่าว่ามีการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า 2 พฤติกรรม โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ว่าเมื่อมีการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกแล้ว จะมีความกล้า และมีความตั้งใจทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีเส้นทางหรือลำดับการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกันไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า แล้วจากนั้นหนูก็เริ่มกล้าและตั้งใจจะทำอย่างอื่นอีก ก็จะมีบุหรี่ เซ็กส์ เค ท่อม กัญชา ยาไอ้ ตามมา...คือที่หนูทำมันจะแรงขึ้น เพราะว่าหนูจะมีความกล้ามากขึ้นเรื่อย ๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 2)

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า แล้วจากนั้นหนูก็ตั้งใจลองอย่างอื่นตามมามาก ทั้งสูบบุหรี่ เช็กส์ เค น้ำหอม กัญชา ยาไอโคเคน” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 10)

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า แล้วหนูเห็นว่ามันไม่ได้อันตรายอะไร หนูก็เลยกล้าที่จะลองทำพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมามาก คือ สูบบุหรี่ และมีเช็กส์คะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 5, 11, 12)

“หนูเริ่มจากดื่มเหล้า แล้วก็มีเช็กส์คะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 3, 4, 7, 13, 14, 15, 16)

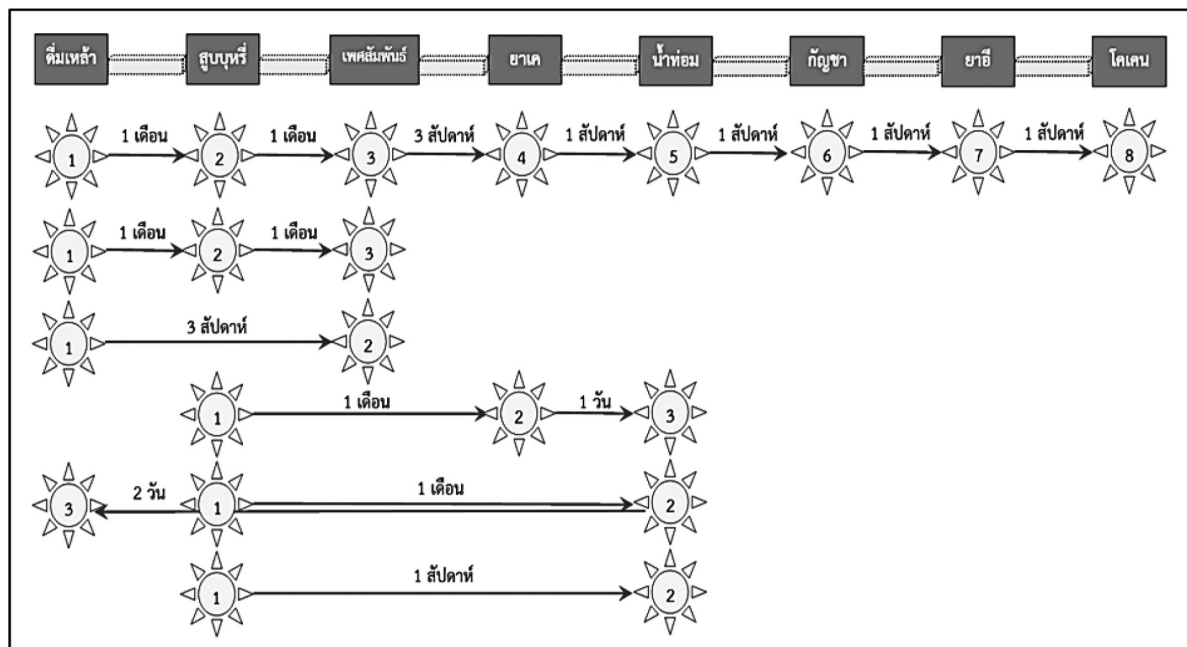
“หนูเริ่มจากบุหรี่ ต่อมาก็ตั้งใจลองน้ำหอมและเหล้า” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 9)

“หนูเริ่มจากสูบบุหรี่ พอไม่เห็นเป็นอะไร หนูก็กล้าที่จะลองเค แล้วก็น้ำหอมตามมามากะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 8)

“หนูเริ่มจากสูบบุหรี่ ต่อมาก็น้ำหอมคะ ประมาณว่าความกล้าเพิ่มขึ้นหลังจากลองทำพฤติกรรมแรกคะ”

(นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 6)

โดยสรุป นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีจุดเริ่มต้นของการทำพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีบางส่วนที่เริ่มต้นจากการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า เมื่อนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรม จะมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมาได้ และเมื่อสอบถามช่วงระยะเวลาห่างที่เป็นรอยต่อการการทำพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละพฤติกรรม พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงจะเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงลำดับที่ 2 หลังจากทำพฤติกรรมเสี่ยงแรกได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน และระยะเวลาห่างของการเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ลำดับที่ 3 เป็นต้นไปได้ตั้งแต่ 1 วัน ถึง 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปแผนผังเส้นทางหรือลำดับการทำพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง พร้อมทั้งช่วงห่างของระยะเวลาในการทำพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละพฤติกรรม ดังแผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 เส้นทางในการทำพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

2. สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จำแนกได้เป็น 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ฉลองสอบเสร็จ 2) เข้าค่ายนอกสถานที่ และ 3) ณ บ้านรุ่นพี่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ฉลองสอบเสร็จ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่า หลังจากการสอบปลายภาคจะต้องมีการนัดรวมกลุ่มเพื่อน เพื่อฉลองสอบเสร็จ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทำให้มีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามกลุ่มเพื่อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“สอบเสร็จแล้วก็ชวนกันไปบ้านเพื่อน จัดมิดดิงกันสักหน่อย เพื่อน ๆ ก็จะมีชวนกันดื่มเหล้า หรือลองของใหม่ ๆ บ้าง ซึ่งบางทีหนูไม่อยากลองหรอก แต่เพื่อนบอกไม่ลองก็ไม่ใช่เพื่อนกัน หนูก็เลยลองตามเพื่อน พอลองแล้วก็ติดใจอะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 2, 6, 8)

“สอบเสร็จก็ต้องฉลองปิดเทอมกันหน่อย...ส่วนใหญ่ก็ไปรวมตัวกันที่บ้านหนูเนี่ย ดื่มเหล้า นั้งซิท ๆ กินหมูกระทะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4, 5, 11)

2.2 เข้าค่ายนอกสถานที่

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความคิดเห็นว่า การเข้าค่ายนอกสถานที่เป็นการเปิดโอกาสให้นักเรียนทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้ เนื่องจากห้องพักไม่มีคุณครูคอยควบคุม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เวลาเข้าค่าย เพื่อน ๆ ก็จะเอาโซดาใส่ขวดน้ำเปล่า หรือเอาเหล้าขาวใส่ขวดน้ำเปล่าเข้าไปที่ห้องพักด้วย แล้วก็ชักชวนกันให้ลองคะ เพราะครูเค้าจะให้นักเรียนนอนห้องนึ่ง แล้วครูก็นอนอีกห้องนึ่ง...ล่าสุดก็เพิ่งไปเข้าค่ายที่พัทยามาอะ พวกหนูก็จัดกันสนุกเลย” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4, 6)

2.3 ณ บ้านรุ่นพี่

ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์สะท้อนความคิดเห็นว่า การไปบ้านรุ่นพี่เป็นการเปิดโอกาสให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีการข่มขู่ และเล้าโลม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ครั้งแรกที่หนูมีเซ็กส์ที่บ้านรุ่นพี่.... หนูไม่ได้เต็มใจ คือเพื่อนสนิทหนูเค้าชวนไปกินเหล้าที่บ้านรุ่นพี่ แล้ว

รุ่นพี่เค้าเหมือนเอายาตัวนึ่งมาให้หนูกิน.... หนูว่ามันไม่ดี หนูก็บอกว่าหนูไม่กิน แต่พวกรุ่นพี่ก็ให้ดู แล้วก็ข่มขู่หนูว่า... ถ้าหนูไม่กิน พี่เค้าจะไม่ไปส่งที่บ้าน ตอนนั้นหนูก็ไม่ว่าจะกลับบ้านยังไงถ้ารุ่นพี่ไม่ไปส่ง หนูก็เลยกิน พอหนูกินเสร็จ... หนูก็ไม่ค่อยมีแรง แล้วตอนนั้นหนูก็มีความเจียนขั้นสูงสุดอยู่นิดนึ่งใช้ไหม ก็แบบว่า...ถูกรุ่นพี่เค้าโลมหนู หนูพยายามร้องแล้ว แต่แรงหนูไม่มี ก็เลยได้กิน” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1)

“วันนึ่งหนูไปหารุ่นพี่ที่บ้าน พี่เค้าก็ชวนหนูขึ้นไปห้องนอน เค้าบอกว่าไปนั่งเล่น ดูหนังอะไรเงี้ย... แต่พออยู่กันสองต่อสองอะ พี่เค้าก็เริ่มเล้าโลมหนู เอามือมาจับเต้านมหนู หนูก็อ่อนแรงไปเลย” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 5)

“พอหนูเคยมีเซ็กส์กับรุ่นพี่ครั้งแรกแล้ว ...จากนั้นหนูก็มีอีกเรื่อย ๆ แต่ครั้งหลังหนูเต็มใจ เพราะหนูก็ไม่จำเป็นต้องเก็บซิงอีกต่อไปแล้ว” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 10)

โดยสรุป นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งการนัดรวมกลุ่มกันฉลองในโอกาสสำคัญ เช่น ฉลองสอบเสร็จ การเข้าค่ายนอกสถานที่ และการไปบ้านรุ่นพี่ ซึ่งจะเห็นได้ว่า สถานการณ์เหล่านี้เปิดโอกาสให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพฤติกรรมเสี่ยงได้ เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงถูกโน้มน้าวจากกลุ่มเพื่อน ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิเสธเพื่อน และมีความต้องการเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ นอกจากนั้นถ้านักเรียนมัธยมศึกษาหญิงไปบ้านรุ่นพี่สองต่อสองก็จะยิ่งเพิ่มโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น หรือแม้แต่กับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงบางคนไม่ได้ตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์ แต่ด้วยการถูกเล้าโลมและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้น เมื่อนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงเริ่มต้นทำพฤติกรรมเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงชนิดใดก็ตาม จะมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมาได้

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ความหมาย และ 2) ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง

ความหมายของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ความเชื่อมั่นในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และ 2) ความมั่นใจในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน

3.1.1 ความเชื่อมั่นในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อการควบคุมและกำกับพฤติกรรมตนเอง ไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“คือ ความรู้สึกเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมของตัวเองไม่ให้ทำสิ่งที่ไม่ดี” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 3, 5, 9, 16)

“หนูว่ามันคือการประเมินตัวเองว่า...เรามีความเชื่อมั่นในตัวเองมากน้อยแค่ไหนที่จะควบคุมตัวเองไม่ให้ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4)

“หนูคิดว่ามันคือความมั่นใจในการควบคุมตัวเองไม่ให้ทำพฤติกรรมที่ไม่ดีต่าง ๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 10)

3.1.2 ความมั่นใจในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง คือ ความกล้าในการพูดปฏิเสธการชักชวนของเพื่อนได้อย่างมั่นใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หนูว่า...มันคือความมั่นใจและกล้าที่จะปฏิเสธเพื่อน เวลาที่เพื่อนชวนให้หนูทำพฤติกรรมเสี่ยง” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 2, 6, 8, 14)

3.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีประสบการณ์ทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และไม่มีความมั่นใจใน

การปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน เนื่องจากกลัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้

3.2.1 ขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงเนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง เพราะกลัวว่าตนเองจะเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เมื่อตอนวันเกิดหนูอะ เพื่อนเอาน้ำท่อมมากินกัน ตอนแรกที่เพื่อนชวนให้ลอง หนูก็ปฏิเสธ.... แล้วดื่มน้ำเปล่าแทน แต่สักพักนึง...หนูเห็นเพื่อนกินน้ำท่อมกันเกือบทุกคน แล้วหนูก็รู้สึกแปลกแยกจากกลุ่มเพื่อน ไม่สนุกไปกับเพื่อน ๆ สุดท้ายหนูก็เลยลองกิน เพื่อให้ไปกับกลุ่มเพื่อนได้อะ ไม่ใช่มานั่งแปลก ๆ อยู่คนเดียว” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 8, 10)

3.2.2 ไม่มี ความมั่นใจในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน

ครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า สาเหตุหนึ่งที่ให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงคือ ไม่มีความมั่นใจในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน ไม่กล้าปฏิเสธ เพราะกลัวเสียหน้า กลัวเพื่อนไม่พอใจ และเกรงใจเพื่อน เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ในสังคมผู้หญิงมันมีเพื่อนบางกลุ่มที่มีการชู้กัน เช่น แค้นนี้ก็ไม่กล้าเหอ เพื่อนบางคนก็เลยไม่กล้าปฏิเสธเพื่อนไง เพราะรู้สึกเสียหน้าอะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4)

“หนูปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ เพราะบางทีเราก็ก้าวเพื่อนเราอน ไม่คุยด้วยอะไรอย่างงี้ค๊ะ ก็เลยไม่กล้าปฏิเสธ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4)

“คือมันมีผู้หญิงบางคนที่เป็นเพื่อนกันแล้วแบบว่าเกรงใจเพื่อน...บางคนอาจจะกลัวเพื่อนในจุด ๆ นั้นมันมีบางกลุ่มไซ้ใหม่ บางคนทีหนูเคยเจอ เพื่อนชวนทำอะไรคือมันต้องทำทุกอย่าง คือมันกลัวเพื่อนคนนี้ไม่คุยด้วย อาจจะมีส่วน มันอาจจะมิในจุด ๆ นี้ คือมันกลัวเพื่อนอะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1)

โดยสรุป สาเหตุหนึ่งที่ให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในการ

ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงไม่มีความมั่นใจหรือไม่กล้าปฏิเสธเพื่อนเนื่องจากความเกรงใจเพื่อน กลัวเพื่อนไม่พอใจ และที่สำคัญคือกลัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ เป็นต้น

4. ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ความหมายของความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และ 2) ประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ความหมายของความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ความหมายของความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางจิตใจ และ 2) การสร้างสัญญาใจว่าจะไม่ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

4.1.1 ความเข้มแข็งทางจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง คือ ความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ไม่ให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวเมื่อถูกยั่วยุหรือชักชวนให้ทำพฤติกรรมเสี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การทำจิตใจให้เข้มแข็ง...ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่เข้ามายั่วอารมณ์ให้อยากทำสิ่งที่ไม่ดีหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 4)

“หนูว่า...คือการที่เราตั้งใจว่าเราจะไม่ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ อะไรคะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 3, 5, 6, 8, 14, 16)

4.1.2 การสร้างสัญญาใจ

ครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง คือ การสร้างสัญญาใจกับตนเองว่าจะไม่ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มันน่าจะเป็นการที่เราทำสัญญาใจกับตัวเองว่า...เราจะไม่ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จะตั้งใจเรียน....”

(นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 2, 9, 10, 11, 13)

4.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีประสบการณ์ทำพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ บนพื้นฐานของความตั้งใจ และไม่เคยมีความตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง เนื่องจาก 1) ออยากรู้อยากลอง และ 2) รักสนุก

4.2.1 ออยากรู้อยากลอง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ให้นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงตั้งใจทำพฤติกรรมเสี่ยง คือ ความอยากรู้อยากลอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ด้วยความที่หนูอยากรู้อยากลองว่าน้ำหอมเป็นยังไง และต้องดมยังไง...หนูก็เปิดเน็ตเข้าไปดูที่คนเขาโพสต์วิธีการดมน้ำหอมไว้ แล้วหนูกับเพื่อนๆ ก็ลองดมกินกัน” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 2)

“บางครั้งที่หนูเห็นเพื่อนลองทำอะไรใหม่ๆ แล้วหนูรู้สึกอยากรู้อยากลองบ้าง...หนูจะเดินเข้าไปขอเพื่อนลองเองเลย” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 14)

“หนูอยากรู้อยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า ก็หาซื้อมาสูบเอง” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 5)

4.2.2 รักสนุก

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงตั้งใจทำพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่รักสนุก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“สำหรับหนู ๆ ว่า...หนูควบคุมตัวเองได้ แต่ที่หนูทำพฤติกรรมเสี่ยงเพราะหนูเต็มใจและตั้งใจที่จะทำเพราะหนูอยากสนุกเวลาอยู่กับเพื่อนๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 1, 9, 14)

“หนูว่า...ช่วงวัยนี้เป็นวัยสนุก พวกหนูยังรักสนุกอยู่...ก็เลยตั้งใจจะลองทำอะไรหลายๆ อย่าง เพราะถ้าถึงวัยทำงาน หนูคงไม่มีเวลามาทำอะไรแบบนี้ ไม่มีเวลาไปนั่งดื่มกระต้อมกินกับเพื่อนๆ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 2, 8)

“หนูรักสนุกและตั้งใจทำเอง...เพื่อนชวนไปไหนทำอะไร หนูก็ไปหมดคะ” (นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง: 15)

โดยสรุป นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีความตั้งใจ

เป็นพื้นฐานของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยที่รักสนุก อยากรู้ อยากลอง และเต็มใจที่จะทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อมีโอกาส

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์การทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงผ่านการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพหุพฤติกรรมเสี่ยง และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการอธิบายการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. จุดเริ่มต้นและเส้นทางของการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง

พหุพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง วัยรุ่นมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 พฤติกรรมขึ้นไป ซึ่งมีผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกันและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ พฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ตามมา⁸ โดยนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีประสบการณ์ทำพหุพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการทำพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงแรก และมีเพียงส่วนน้อยที่เริ่มต้นจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha ที่พบว่า วัยรุ่นหญิงร้อยละ 83.10 ทำพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด นอกจากนี้ นักเรียนให้ข้อมูลว่าเมื่อมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกแล้วจะมีความกล้าและความตั้งใจอยากลองทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมา⁷

เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลเส้นทางในการทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงจะเห็นว่า นักเรียนส่วนใหญ่จำนวน 11 คนจาก 16 คน มีการทำพฤติกรรมเสี่ยงสามลำดับแรก คือ พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ หากเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น จะพบว่าทั้งสองพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือหากวัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะมีโอกาสในการทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน จนนำมาสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในที่สุด จากรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 พบว่า ร้อยละ 5.20 ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงระดับชั้น ม.3 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์¹⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tipwareerom, Powwattana และ Lapvongwatana ที่พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมา รวมทั้งพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹⁵ ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรม สามารถนำไปสู่การทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมาได้ และเมื่อพิจารณาถึงช่วงระยะเวลาห่างที่เป็นรอยต่อของการทำพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละพฤติกรรม พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงจะเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงลำดับที่ 2 หลังจากทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกได้ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน และระยะเวลาห่างของการเริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ลำดับที่ 3 เป็นต้นไปได้ตั้งแต่ 1 วัน ถึง 1 เดือน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่เริ่มทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดแรกแล้ว ควรได้รับการดูแลป้องกันการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมา เนื่องจากมีโอกาสในการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมาได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน

2. สถานการณ์ชักนำการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีโอกาสทำพหุพฤติกรรมเสี่ยงในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่มีการนัดรวมกลุ่มเพื่อนเพื่อฉลองในวันสำคัญ เช่น สอบเสร็จ/ปิดเทอม วันเกิด เป็นต้น หรือแม้แต่การเข้าค่ายนอกสถานที่ และการไปบ้านรุ่นพี่ สอดคล้องกับรายงาน

การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของ ประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 พบว่า นักเรียน มัธยมศึกษาหญิงระดับชั้น ม.1 และ ม.3 นิยมดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่บ้านเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 81.10 และร้อยละ 85.00 ตามลำดับ¹³ โดยมีนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงให้ข้อมูลที่ น่าสนใจว่า “เวลาที่มีการรวมกลุ่มสังสรรค์กัน...เพื่อนมักจะนำ สารเสพติดชนิดใหม่ ๆ มาลองกัน บางครั้งหนูก็ไม่ได้อยากลอง หรือแค่ไม่อยากรู้สึกแปลกแยกกับกลุ่มเพื่อน เลยต้องทำ ตาม ๆ กัน” ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นจัดเป็นช่วงวัยที่มี พัฒนาการทางสังคม จึงจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนเป็น อย่างมาก และต้องการการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นในช่วงวัยนี้ส่วนใหญ่จะใช้เวลาทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ดังนั้น เมื่อเพื่อนคนใดในกลุ่มชักชวนให้ทำพฤติกรรมเสี่ยงใด ก็ตาม สมาชิกกลุ่มก็ต้องทำพฤติกรรมเสี่ยงเช่นเดียวกัน หรือกล่าวได้ว่าเป็นการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนในการทำ พฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ตนเองสามารถอยู่ในกลุ่มเพื่อนได้¹⁶⁻¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha ที่พบว่า การคล้อย ตามกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยง ของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่ มีการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนในการทำพฤติกรรมเสี่ยงสูง จะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่านักเรียนที่มีการ คล้อยตามกลุ่มเพื่อนในการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ สามารถ อธิบายได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มเพื่อนซึ่งนับเป็นบุคคลที่มีความ สำคัญกับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง จะส่งผลโดยตรงต่อ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนในการทำพฤติกรรมเสี่ยง⁷

นอกจากนี้ นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงบางส่วนให้ ข้อมูลว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เนื่องจากมีการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ หรือแม้กระทั่งการโดนเล้าโลม จนเกิดอารมณ์ทางเพศเมื่ออยู่กันสองต่อสองในที่ลับตา ดัง ข้อความที่ว่า “วันหนึ่งหนูไปหารุ่นพี่ที่บ้าน พี่เค้าก็ชวนหนูขึ้น ไปที่ห้องนอน เค้าบอกว่าไปนั่งเล่น ดูหนังอะไรเงี้ย...แต่พออยู่กัน สองต่อสองอะ พี่เค้าก็เริ่มเล้าโลมหนู เอามือมาจับเต้านมหนู หนูก็อ่อนแรงไปเลย” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tipw- reerom, Powwattana และ Lapvongwatana ที่พบว่า

วัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมี พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามมา¹⁵

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ที่มีประสบการณ์การทำพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ยอมรับว่า ตนเองทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพราะไม่มีความมั่นใจในการทำ ปฏิเสธการทำพฤติกรรมเสี่ยง หรือแม้แต่จะควบคุมตนเอง ไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ เพราะกลัวว่า ตนเองจะเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ ในระดับน้อย จะมีโอกาสในการทำพฤติกรรมเสี่ยงมาก เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงเหล่านี้ไม่กล้าที่จะปฏิเสธ หรือพูด “ไม่” กับเพื่อนหรือแฟน ดังข้อความที่ว่า “สังคมเพื่อน ผู้หญิง มักจะเกรงใจเพื่อน ไม่กล้าปฏิเสธเพื่อน...หรือบางคน อาจกลัวเพื่อนในจุด ๆ นั้น คือนั่นมีเพื่อนบางกลุ่มที่หนูเคย เจอ แบบว่าเพื่อนชวนทำอะไร คือนั่นต้องทำทุกอย่าง เพราะ กลัวเพื่อนไม่คุยด้วย หรือกลัวเพื่อนไม่ให้เข้ากลุ่ม” ทั้งนี้ เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นจัดเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางสังคม จึงจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน และต้องการการยอมรับ จากเพื่อน ดังนั้น เมื่อเพื่อนคนใดในกลุ่มชักชวนให้ทำพฤติกรรม เสี่ยงใดก็ตาม สมาชิกกลุ่มก็ต้องทำพฤติกรรมเสี่ยงเช่น เดียวกัน เพื่อให้ตนเองสามารถอยู่ในกลุ่มเพื่อนได้^{17,18} สอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha ที่พบว่า นักเรียน มัธยมศึกษาหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมเสี่ยงต่ำจะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เสี่ยงสูง สามารถอธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่ไม่ม่ ความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการควบคุม พฤติกรรมเสี่ยงจะมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น⁷

4. ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนสามในสี่ของ นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงให้ข้อมูลว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ตนเอง ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ เกิดจากความตั้งใจของตนเอง และตนเองไม่เคยมีความตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรม

เสี่ยงเหล่านี้เลย ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าการทำพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง ดังประโยคที่ว่า “สำหรับหนู ๆ ว่า...หนูควบคุมตัวเองได้ แต่ที่หนูทำพฤติกรรมเสี่ยงเพราะหนูเต็มใจและตั้งใจที่จะทำ หนูอยากสนุกเวลาอยู่กับเพื่อน ๆ” และ “ช่วงวัยนี้เป็นวัยที่ชอบความสุข มันยังรักสนุกอยู่...ก็เลยตั้งใจจะลองทำอะไรหลาย ๆ อย่าง เพราะถ้าถึงวัยทำงาน เราคงไม่มีเวลาทำอะไรแบบนี้ ไม่มีเวลาไปนั่งดื่มกระท่อมกินกับเพื่อน ๆ” ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากลองอยากทำอะไรต่าง ๆ โดยไม่สนใจถึงผลของการกระทำว่าจะส่งผลกระทบต่อตนเองหรือคนรอบข้างอย่างไร ทำให้วัยรุ่นในช่วงวัยนี้ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้¹⁶ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Ajzen ที่ว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ นั้นจะต้องมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaraksa, Powwattana, Wannasuntad และ Tipkanjanaraykha ที่พบว่า ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงที่มีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่านักเรียนที่มีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาหญิงมีความอยากรู้อยากลอง และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เมื่อตัดสินใจทำพฤติกรรมเสี่ยงใดแล้ว วัยรุ่นจึงมีความตั้งใจทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ๆ ให้สำเร็จ⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงและความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
2. ควรมีการประเมินความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง เพื่อป้องกันการทำพฤติกรรมเสี่ยงชนิดอื่น ๆ ตามมา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยในอนาคตควรพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการทำพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงผ่านการรับรู้ของผู้ปกครอง เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยระดับครอบครัวที่อาจมีผลต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาหญิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและถ่ายทอดเรื่องราวที่สะท้อนประสบการณ์การทำพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งนับเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก รวมทั้งขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

References

1. Wichaidiz W, Macnale E, Sainham D, Autsanangkornchai S. Report of Thai society's alcohol consumption situation in the year 2017. Bangkok: Sahamitpattana Printing; 2019. (in Thai).
2. Autsanangkornchai S. Report on the results of the research project to surveillance about consumption of alcoholic beverages behavioral and health risk behavior of students in the junior secondary level in Thailand, Bangkok: Pimdee printing; 2008. (in Thai).
3. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Fact sheet 2020 teenage pregnancy in Thailand. C2021 [cited 2020 September]. Available from http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/situation/Fact Sheet@62.pdf (in Thai).
4. National Statistical Office Thailand. Female adolescents are more likely to smoke. Bangkok: Bangkok block Printing; 2018. (in Thai).
5. Kengkanpanich T. Factors Influencing smoking behavior of female adolescents. *Journal of Health Education* 2008;31(108):26-40. (in Thai).
6. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Situation of consumer consumption control of tobacco country of Thailand in the year 2016. Bangkok: Chareondee-mankong Printing; 2016. (in Thai).
7. Thammaraksa P, Powwattana A, Wannasuntad S, Tipkanjanaraykha K. Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, Bangkok 2019;35(1):224-38. (in Thai).
8. Hair EC, Park MJ, Ling TJ, Moore KA. Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. *Journal of Adolescent Health* 2009;45(3):253-61.
9. Powwattana A, Auemaneekul N, Lagampan S. Risk behaviors prevention in adolescence: concepts and management in multilevel approach. Bangkok: Protexst, 2017. (in Thai).
10. Teanchaithut C, Masingboon K, Wacharasin C. A Causal model of safe sex behaviors in female adolescents. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2016;27(2):78-94. (in Thai).
11. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec.* 1991;50:179-211.
12. Office of the Basic Education Commission. Education management information system. 2019 [2019 Dec 17] Available from <http://data.bopp-obec.info/emis/schooldata>.(in Thai).
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2): 105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
14. Autsanangkornchai S, Sainham D, Jitpiboon W, Jinpon P, Chindech A, Jaroenrat S, Paileaklee S, Thaikra K. The fourth surveillance of alcohol, tobacco, substance use and health-risk behaviors

- among high school students in Thailand in 2018. Center for Alcohol studies, Prince of Songkla University; 2018. (in Thai).
15. Tipwareerom W, Powwattana A, Lapvongwatana P. The effectiveness of sexual risk behavior prevention program for male adolescent in Phitsanulok province. Journal of Public Health Nursing 2013;27(1):31-45. (in Thai).
 16. Areekul W, Hongsaholsee S, Treepatee S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J, Inill S. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok, A-plus Print;2012. (in Thai).
 17. Loke AY, Mak YW, Wu CST. The association of peer pressure and peer affiliation with the health risk behaviors of secondary school students in Hong Kong. Journal of Public Health. 2016; 137:113-23. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.02.024>
 18. Thammaraksa P, Powwattana A. Whether or not multiple risk behaviors in Thai adolescents is preventable? Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(2):173-88. (in Thai).

บทความวิจัย

ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา
ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ของประเทศไทย
The Satisfaction of Employer toward the Advanced Emergency Medical
Technician Competencies upon Thai Qualification Framework for
Vocational Education

Received: Apr 16, 2020

Revised: May 25, 2020

Accepted: May 29, 2020

อุ๋นใจ เครือสถิตย์ ปร.ด. (Ounjai Kruesathit, Ph.D.)¹อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์ ปร.ด. (Atchara Kittivongvisut, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปีการศึกษา 2561 โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลหลักสูตร และสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอาชีวศึกษาแห่งชาติศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้ เป็นเชิงสำรวจ ผู้สำเร็จการศึกษามาจากทุกวิทยาลัย ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ประชากรคือ ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษ ในหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นของผู้สำเร็จการศึกษ โรงพยาบาล ๑ ละ 1 คน ที่เป็นผู้ประเมินผู้สำเร็จการศึกษที่ปฏิบัติงาน อย่างน้อย 6 เดือน แบบสอบถาม เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบหาดัชนีความสอดคล้อง IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 รวบรวมข้อมูลโดยใช้ประโยชน์ อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 76.92 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลรวม 50 คน มีประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ย 15.26 ปี โดยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษภาพรวม อยู่ในระดับมาก ทุกด้าน ($\bar{X} = 3.68$, $SD.=0.61$) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ สมรรถนะทั่วไป ($\bar{X} = 4.13$, $SD.=0.73$) ทักษะชีวิต ($\bar{X} = 3.96$, $SD.=0.79$) สมรรถนะวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.66$, $SD.=0.67$) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ($\bar{X} = 3.65$, $SD.=0.71$) การบรรลุจุดประสงค์ตามหลักสูตร ($\bar{X} = 3.51$, $SD.=0.66$) และสมรรถนะหลัก ($\bar{X} = 3.50$, $SD.=0.58$) ตามลำดับ

สรุปผล: ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษมีความพึงพอใจต่อผู้สำเร็จการศึกษ ตามสมรรถนะและกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอาชีวศึกษาแห่งชาติ ของหลักสูตร ในระดับมากทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ: สถาบันที่จัดการเรียนการสอนหลักสูตรนี้ควรปรับการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะหลัก และพัฒนาผู้สอน เพื่อให้สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้พัฒนาสมรรถนะหลักให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา, กรอบมาตรฐานอาชีพศึกษา, เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์, หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

Abstract

Introduction: The satisfaction of the employer is important information to develop the quality of the graduate education.

Research objectives: This survey study aimed to determine the satisfaction level of the employer toward new graduates from the Diploma of Science Program in Emergency Medical Operation in the academic year of 2018. The conceptual framework in a study is based on the curriculum evaluation and competency of the Advanced Emergency Medical Technician (AEMT) upon the Thai qualification framework for vocational education.

Research methodology: This study is a survey research. The graduates were the former undergraduate students who has successfully completed a course from all Sirindhorn Colleges of Public Health, Praboromarajchanok Institute. The population were the employers who were working in an ambulance unit and the sample group were the employer who supervised the graduate over 6 months in various hospitals. Indexes of Item-Objective Congruence (IOC) from three experts and Cronbach's alpha coefficient of the entire questionnaire were evaluated for content validity and reliability. The questionnaires were sent by post to the sample group and the response rate was 76.92%. Frequency, mean and standard deviations were analyzed for descriptive data.

Results: The findings indicate that sample group consisted of 50 nurses with an average 15.26 years of advanced emergency medical experience. Most employers were very satisfied with all aspects ($\bar{X} = 3.68$, $SD. = 0.61$). Mean score ranking for each aspect was general characteristics ($\bar{X} = 4.13$, $SD. = 0.73$), living skill ($\bar{X} = 3.96$, $SD. = 0.79$), professional competency ($\bar{X} = 3.66$, $SD. = 0.67$), desirable characteristics ($\bar{X} = 3.65$, $SD. = 0.71$), achieved program objectives ($\bar{X} = 3.51$, $SD. = 0.66$) and core competency ($\bar{X} = 3.50$, $SD. = 0.58$) respectively.

Conclusion: The satisfactory of the employers toward the advanced emergency medical technician competency upon Thai Qualification Framework for Vocational Education is very satisfied.

Implication: It is recommended that the instructors in the educational institutes should primary promote and focus on core competencies, develop and facilitate the learning atmosphere due to the need of employers.

Keywords: satisfactory, employer, Thai Qualification Framework for Vocational Education, Advanced Emergency Medical Technician (AEMT), Diploma of Science Program in emergency medical operation.

บทนำ

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Advanced Emergency Medical Technician: AEMT) เป็นหนึ่งในบุคลากรสุขภาพ ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่เป็นหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายในการผลิตคือ เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษา มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผสมผสานองค์ความรู้ของศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศาสตร์เฉพาะสาขาวิชาชีพได้ ด้วยกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เน้นกระบวนการคิด และการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถประยุกต์ความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยมีความรู้ ระยะเวลาศึกษา 2 ปีการศึกษา ซึ่งปัจจุบันนี้ ใช้หลักสูตรฉบับปรับปรุง ปี 2559 และมีวิทยาลัยที่ผลิตหลักสูตรดังกล่าวจำนวน 5 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ชลบุรี ยะลา และตรัง

การจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการวางแผนบริหารจัดการการศึกษาอย่างเป็นระบบพัฒนาคุณภาพหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน และปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานเมื่อผู้เรียนสำเร็จการศึกษา คือ ความรู้ทางด้านวิชาการ ความรู้ทางด้านทักษะวิชาชีพ ความรับผิดชอบในหน้าที่ ความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ความมีวินัยและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติงานนั้นประสบความสำเร็จ² อีกทั้งหลักสูตรต้องเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอาชีวศึกษา ซึ่งมีหลายด้าน ได้แก่ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ สมรรถนะหลัก สมรรถนะทั่วไป สมรรถนะทางวิชาชีพ^{1,2} ตลอดจนต้องมีการประเมินผลหลักสูตร ซึ่งต้องทราบข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษา ในประเด็นการได้งานทำ การบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร ความสามารถในการปรับตัวเมื่อปฏิบัติงานที่เรียกว่าทักษะชีวิต ซึ่งสามารถประเมินได้จากผู้บังคับบัญชา ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้สำเร็จการศึกษา ผลที่ได้จะสะท้อนถึงสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนรู่ว่าสามารถพัฒนา

ผู้เรียน ให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องความต้องการของผู้ใช้ เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ตามที่หลักสูตรกำหนด ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการจัดการศึกษาของแต่ละสถาบัน

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความพึงพอใจ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน การบรรลุตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ของผู้สำเร็จการศึกษาด้านสุขภาพ มีหลายการศึกษา ตลอดจนมีการสร้างเครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตใหม่³ แต่ยังไม่พบการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรด้านการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ซึ่งเป็นหลักสูตรระดับอาชีวศึกษา และมีสมรรถนะทางวิชาชีพ ที่แตกต่างไปจากบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตามการบรรลุจุดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ทักษะชีวิตที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และการบรรลุสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง 2559 ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2561 เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน ให้มีคุณภาพทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้และประเทศชาติต่อไป

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดของ การประเมินหลักสูตร สมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 3 ด้านได้แก่ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ สมรรถนะหลัก และสมรรถนะทั่วไป และสมรรถนะด้านวิชาชีพ โดยประเมินผลจากผู้บัณฑิตที่เป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงที่ผู้สำเร็จการศึกษาปฏิบัติงานอยู่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตามการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร และทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปีการศึกษา 2561
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตรประกาศ-

นิยัตริวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ของผู้สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2561

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ ผู้สำเร็จการศึกษา ตามการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร ทักษะชีวิต การบรรลุตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ของผู้สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2561 ของประเทศไทย

ประชากร คือ ผู้บังคับคดีที่เป็นผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นในหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ในปีการศึกษา 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บังคับคดีเบื้องต้นในหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่เป็นผู้นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โรงพยาบาลละ 1 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ HE6220043 เลขที่ SCPHKKIRB63069

เก็บรวบรวมข้อมูล โดย สอบถามจำนวนผู้สำเร็จการศึกษา และการได้งานทำจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรของแต่ละวิทยาลัย ซึ่งมีโรงพยาบาลทุกระดับที่รับผู้สำเร็จการศึกษาปฏิบัติงานในหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 65 โรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2562 โดยส่งหนังสือราชการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากตัวอย่าง ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 50 โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปีการศึกษา 2561 ของประเทศไทย แบบมาตรวัด 5 ระดับ มีทั้งหมด 7 ส่วน ผ่านการตรวจสอบหาดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำไปทดลองหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และการแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นดังนี้⁴

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงบรรยายใช้ จำนวนค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะผู้สำเร็จการศึกษา** หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 80.80 อายุ 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.40 สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.4 รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. การได้งานทำของผู้สำเร็จการศึกษา

การได้งานทำของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ร้อยละ 100 ได้งานทำหลังสำเร็จการศึกษาทันที และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 (n=125)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	19.20
หญิง	101	80.80
รวม	125	100
อายุที่สำเร็จการศึกษา (ปี)		
19	1	0.80
20	49	39.20
21	58	46.40
22	13	10.40
23	2	1.60
29	2	1.60
เฉลี่ย	20.85 (ปี)	
สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2561 จาก		
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	30	24.00
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี	38	30.40
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	19	15.20
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง	28	22.40
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา	10	8.00
รวม	125	100

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของการได้งานทำของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 (n=125)

การได้งานทำและหน่วยงานที่รับทำงานของผู้สำเร็จการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การได้งานทำ		
ทันทีหลังสำเร็จการศึกษาในหน่วยงานของรัฐ	125	100
รวม	125	100
หน่วยงานที่เข้าทำงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	22	17.60
โรงพยาบาลทั่วไป	29	23.20
โรงพยาบาลชุมชน	74	59.20
รวม	125	100

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามจำนวน 65 ชุด ไปให้ทุก
โรงพยาบาลที่รับผู้สำเร็จการศึกษาเข้าทำงาน มีอัตราการตอบ
กลับของโรงพยาบาลทุกระดับ คิดเป็นร้อยละ 76.92 ผู้บังคับ

บัญชาเบื้องต้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มี อายุเฉลี่ย 49.94 ปี
ระยะเวลาปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ย 15.26 ปี
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา (n=50)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา	ความถี่	ร้อยละ
หน่วยงานที่ตอบกลับแบบสอบถาม		
โรงพยาบาลศูนย์ ส่ง 7 ตอบกลับ 5 (ร้อยละ 71.43)	5	10
โรงพยาบาลทั่วไป ส่ง 6 ตอบกลับ 4 (ร้อยละ 66.67)	4	8
โรงพยาบาลชุมชน ส่ง 52 ตอบกลับ 41 (ร้อยละ 78.85)	41	82
การตอบกลับในภาพรวม ร้อยละ 76.92		
เพศ		
ชาย	3	6
หญิง	47	94
อายุ		
30-34	1	2
35-39	4	8
40-44	0	0
45-49	16	32
50-54	19	38
55-59	10	20
ค่าเฉลี่ยอายุผู้ตอบแบบสอบถาม 49.94 (ปี)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	43	86
ปริญญาโท	7	14
วิชาชีพพยาบาล		
วิชาชีพพยาบาล	50	100
ระยะเวลาปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		
1-4	8	16
5-9	15	30
10-14	4	8
15-19	6	12
20-24	4	8
25-29	4	8
30-34	7	14
35-39	2	4
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 15.26 (ปี)		

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร และทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษา

การบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตรภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, $SD. = 0.66$) เมื่อเรียงค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความพึงพอใจ จากสูงที่สุด ไปต่ำที่สุด พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาพึงพอใจต่อการมีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพกฎหมาย สิทธิของผู้ป่วย รับผิดชอบ มีวินัย เอื้ออาทร เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์และเป็นแบบอย่างที่ดี

ต่อผู้อื่น สูงที่สุด ส่วนการใช้เทคนิคพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ และสถิติในการประมวล การแปลความหมาย และวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิชาชีพ ต่ำที่สุด ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 4

ทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษา

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อทักษะชีวิต ของผู้สำเร็จการศึกษาภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD. = 0.79$) และทุกข้อ อยู่ในระดับมาก และพบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาพึงพอใจต่อสามารถปรับตัวการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน สูงที่สุด ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร (n=50)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
1.	มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพกฎหมาย สิทธิของผู้ป่วย รับผิดชอบ มีวินัย เอื้ออาทร เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์และเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่น	3.96	0.88	มาก
2.	มีความสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	3.68	0.91	มาก
3.	มีทักษะปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ช่วยเวชกรรมตาม คำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยการ ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยยึดหลัก มาตรฐานความปลอดภัยและทันตกรรมที่รวมทั้งมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ได้	3.64	0.78	มาก
4.	มีความรู้ในสาระสำคัญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและศาสตร์ปฏิบัติการ ฉุกเฉินการแพทย์ สามารถจัดการ บุคลากรและประยุกต์ใช้ความรู้ อย่างเป็นระบบ	3.42	0.67	ปานกลาง
5.	สืบค้น ประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล การคิดอย่างเป็นระบบ และนำไปแก้ปัญหา พัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างสร้างสรรค์	3.26	0.75	ปานกลาง
6.	ใช้เทคนิคพื้นฐานทางคณิตศาสตร์และสถิติในการประมวล การแปลความ หมาย และการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิชาชีพ	3.12	0.77	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตรภาพรวม	3.51	0.66	มาก

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษา (n= 50)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
1.	สามารถปรับตัวการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน	4.20	0.93	มาก
2.	มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย	4.16	0.91	มาก
3.	ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัวได้ในการทำงาน	4.08	0.78	มาก
4.	มีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องสามารถทำงานเป็นทีมได้	4.00	0.93	มาก
5.	มีทักษะทางสังคมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม	3.78	0.79	มาก
6.	ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และขึ้นนำตนเอง	3.56	0.97	มาก
	ระดับความพึงพอใจต่อด้านทักษะชีวิตภาพรวม	3.96	0.79	มาก

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาตามการบรรลุสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมี 4 ด้าน ดังนี้

- ด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, SD. = 0.71) และทุกข้ออยู่ใน

ระดับมาก เมื่อเรียงค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความพึงพอใจจากสูงที่สุด ไปต่ำที่สุด พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาพึงพอใจต่อการยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการนำความรู้ของตนเองที่มีจำกัดมาใช้ในการปฏิบัติงานและพร้อมที่จะขอคำแนะนำเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติ สูงที่สุดส่วนภาวะความเป็นผู้นำคิดและแสดงความเห็นอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกับกลุ่มหรือทีมงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ ต่ำที่สุด ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สำเร็จการศึกษา (n=50)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
1.	การยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการนำความรู้ของตนเองที่มีจำกัดมาใช้ในการปฏิบัติงานและพร้อมที่จะขอคำแนะนำเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติ	3.90	0.78	มาก
2.	การยอมรับข้อจำกัดในความรู้ของตนเองที่มี และพร้อมที่จะขอคำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อจำเป็นในการปฏิบัติงาน	3.80	0.78	มาก
3.	ความกระตือรือร้นสนใจใฝ่รู้อยู่เสมอ พัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง	3.72	0.90	มาก
4.	ภาวะความเป็นผู้นำ คิดและแสดงความเห็นอย่างสร้างสรรค์รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกับกลุ่มหรือทีมงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้	3.30	0.71	มาก
	ระดับความพึงพอใจต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในภาพรวม	3.65	0.71	มาก

- ด้านสมรรถนะหลัก

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะหลัก ของผู้สำเร็จการศึกษาในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.50$, $SD. = 0.58$) โดยเมื่อเรียงค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความพึงพอใจ จากสูงที่สุด ไปต่ำที่สุด ในแต่ละด้าน พบดังนี้ สมรรถนะด้านความรู้ ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD. = 0.64$) สมรรถนะด้านทักษะทางปัญญา ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, $SD. = 0.68$) และทุกข้อ อยู่ในระดับปานกลาง สมรรถนะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $SD. = 0.85$) และทุกข้อ อยู่ในระดับมาก สมรรถนะด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศ ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD. = 0.51$) และทุกข้อ อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 7

- ด้านสมรรถนะทั่วไป

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ต่อสมรรถนะทั่วไป ของผู้สำเร็จการศึกษา ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, $SD. = 0.73$) และทุกข้อ อยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความพึงพอใจ จากสูงที่สุด ไปต่ำที่สุด พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาพึงพอใจต่อการมีวินัย ตรงต่อเวลา สูงที่สุด และเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงานรวมทั้งจัดการกับปัญหาในการดำรงชีพและการทำงาน ต่ำที่สุด ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะหลัก (n= 50)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
ด้านความรู้				
1.	มีความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง	3.50	0.61	มาก
2.	มีความรู้ความเข้าใจและสาระสำคัญในศาสตร์ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์สามารถบูรณาการ และประยุกต์กับศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ	3.46	0.68	ปานกลาง
3.	มีความรู้ความเข้าใจสาระสำคัญในกระบวนการแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ งานวิจัย และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและการต่อยอดองค์ความรู้ในการปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	3.08	0.85	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อด้านความรู้ในภาพรวม	3.34	0.64	ปานกลาง
ด้านทักษะทางปัญญา				
1.	มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสืบค้นและสื่อสารข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ และนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานได้	3.42	0.78	ปานกลาง
2.	สามารถพัฒนางานแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานประจำให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป	3.20	0.78	ปานกลาง
3.	มีการคิดวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์โดยใช้องค์ความรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	3.18	0.72	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อด้านทักษะทางปัญญาในภาพรวม	3.26	0.68	ปานกลาง

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของผู้ใช้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะหลัก (n= 50) (ต่อ)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ				
1.	มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ งานที่ได้รับมอบหมาย และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.20	0.88	มาก
2.	สามารถปรับตัวและมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ กับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้เกี่ยวข้องสามารถทำงานเป็นทีมได้	4.12	0.90	มาก
	ระดับความพึงพอใจต่อด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบในภาพรวม	4.16	0.85	มาก
ด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ				
1.	สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในการฟังการพูดการอ่านและการเขียน	4.10	0.79	ปานกลาง
2.	สามารถประยุกต์ใช้เทคนิคทางสถิติหรือคณิตศาสตร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผล แปลความหมายและนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ	3.34	0.59	ปานกลาง
3.	สามารถใช้ภาษาต่างประเทศในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในการฟังการพูด การอ่านและการเขียน	2.96	0.83	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในภาพรวม	3.46	0.51	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อสมรรถนะหลักในภาพรวม	3.50	0.58	มาก

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของผู้ใช้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะทั่วไป (n= 50)

ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
1.	มีวินัย ตรงต่อเวลา	4.38	0.83	มาก
2.	เคารพกฎหมาย สิทธิและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	4.12	0.88	มาก
3.	มีจิตสำนึกและตระหนักในหลักคุณธรรมจริยธรรมได้	4.08	0.88	มาก
4.	เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดการกับปัญหาในการดำรงชีพและการทำงาน	3.96	0.75	มาก
	ระดับความพึงพอใจต่อสมรรถนะทั่วไปในภาพรวม	4.13	0.73	มาก

- ด้านสมรรถนะวิชาชีพ

พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะวิชาชีพ ของผู้สำเร็จการศึกษา ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$, $SD. = 0.67$) เมื่อเรียงค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความพึงพอใจจาก สูงที่สุด ไปต่ำที่สุด พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการ

ศึกษาพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานโดยยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ สิทธิผู้ป่วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สูงที่สุด และ สามารถดำเนินการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินได้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ต่ำที่สุด ดังรายละเอียดใน ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อสมรรถนะวิชาชีพ (n= 50)

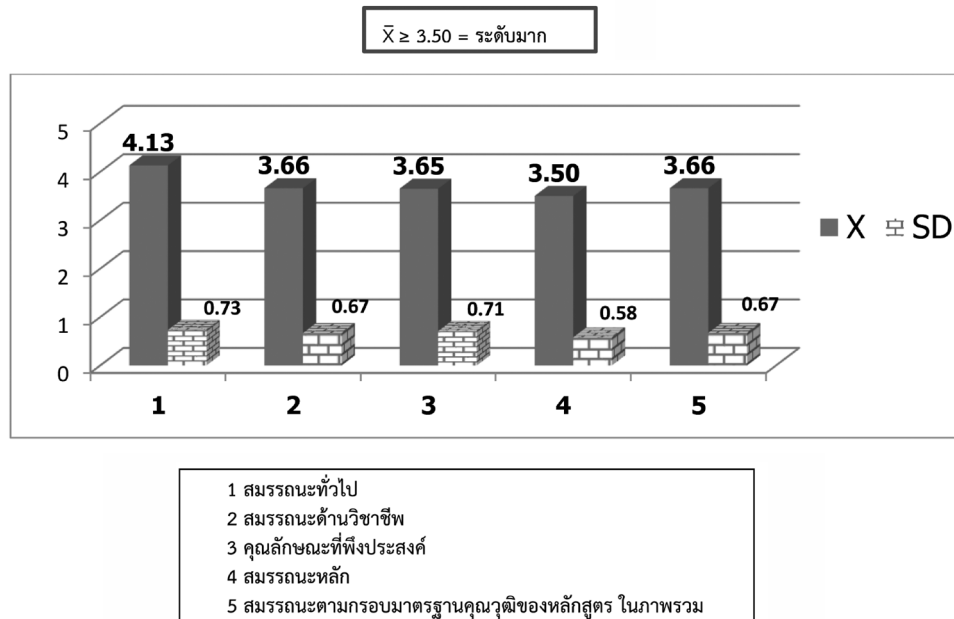
ประเด็น	รายการ	ระดับการประเมิน		แปลความ
		$\bar{X}$	SD.	
1.	ปฏิบัติงานโดยยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณ สิทธิผู้ป่วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4.26	0.75	มาก
2.	มีทักษะและเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้ตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบและข้อจำกัดของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาอย่างได้มาตรฐานปลอดภัยและทันทั่วถึง	3.74	0.69	มาก
3.	มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นได้	3.36	0.75	ปานกลาง
4.	ดำเนินการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน	3.30	0.81	ปานกลาง
	ระดับความพึงพอใจต่อสมรรถนะด้านวิชาชีพในภาพรวม	3.66	0.67	มาก

- ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตามการบรรลุสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ของผู้สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$, $SD. = 0.60$) และเมื่อเรียงลำดับพบว่า ด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ สมรรถนะทั่วไป สมรรถนะวิชาชีพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ สมรรถนะหลัก ตามลำดับ ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1

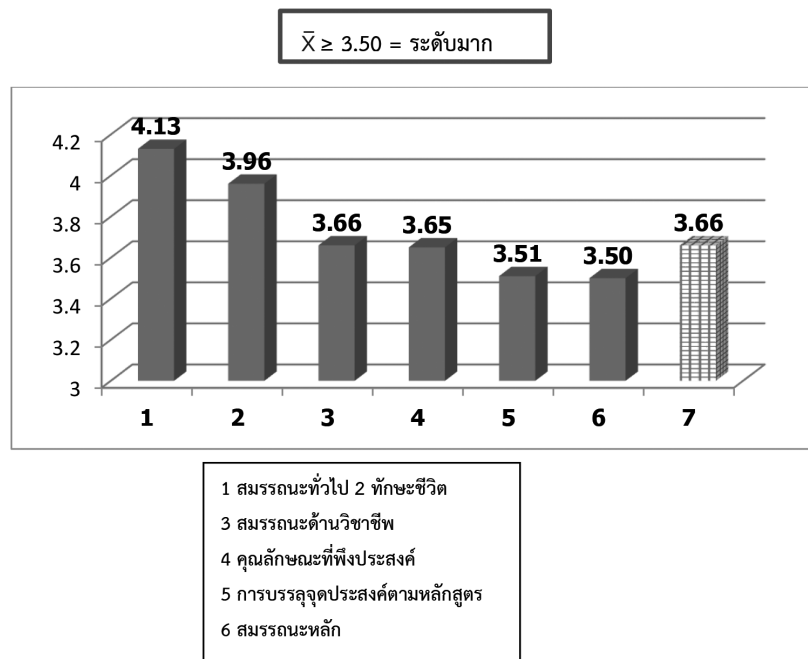
6. ลำดับความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติ

การฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.68$, $SD. = 0.61$) และเมื่อเรียงลำดับในทุกด้านพบว่า ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือ สมรรถนะทั่วไป ทักษะชีวิต สมรรถนะวิชาชีพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ การบรรลุจุดประสงค์ตามหลักสูตร สมรรถนะหลัก ตามลำดับ ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 1 ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อการบรรลุสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตร (n= 50)



แผนภูมิที่ 2 ลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ต่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม (n= 50)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตามการบรรลุจุดประสงค์ของหลักสูตร และทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปีการศึกษา 2561 พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษา จากวิทยาลัยที่ผลิต ทั้ง 5 วิทยาลัยทั่วประเทศ มีจำนวนรวม 125 คน ร้อยละ 100 ได้เข้าทำงาน ในหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล ทันทีหลังสำเร็จ การศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลชุมชน และความ พึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาต่อการบรรลุจุดประสงค์ ของหลักสูตร ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, $SD. = 0.66$) ตลอดจนพึงพอใจต่อทักษะชีวิตของผู้สำเร็จการศึกษา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD. = 0.79$) และ ทุกข้อ อยู่ในระดับมาก

จากผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จ การศึกษา ต่อการบรรลุจุดประสงค์ตามหลักสูตร พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา พึงพอใจ ในระดับมาก ต่อ 1) การมี คุณธรรมและจริยธรรม เคารพกฎหมาย เคารพในศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นมนุษย์และเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่น 2) มีความสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีทักษะปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยการ ในการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพกฎหมาย เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์และเป็นแบบอย่าง ที่ดีต่อผู้อื่น⁵⁻⁹ ในขณะที่ข้อย่อยด้านอื่น ๆ ผู้ใช้บัณฑิตพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง เท่านั้น ซึ่งอาจมีผลมาจาก ระยะเวลา การศึกษา เพียง 2 ปีตามที่หลักสูตรกำหนด¹ มีเวลาในการ สร้างเสริมให้ผู้เรียนนำความรู้ไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ หรือนำไปแก้ปัญหาได้ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน พบว่าทักษะชีวิต ของผู้สำเร็จการศึกษา ทั้งความสามารถปรับ ตัวการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ความรับผิดชอบต่อหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย ความ ยึดหยุ่นมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการและ ผู้เกี่ยวข้องสามารถทำงานเป็นทีมได้ มีคะแนนเฉลี่ยมาก กว่า 4 คะแนนทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สำเร็จการศึกษา สามารถปรับตัวในการปฏิบัติงานได้อย่างดี

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ตาม การบรรลุสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของ

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการ ฉุกเฉินการแพทย์ ของผู้สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2561 พบว่า ผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษาพึงพอใจต่อการบรรลุ สมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิของหลักสูตร ภาพรวม ทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$ $SD. = 0.60$) ซึ่งผลการ ศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต พยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาของ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก^{5, 8, 9} เมื่อวิเคราะห์ และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านเป็นดังนี้คือ สมรรถนะ ทั่วไป ($\bar{X} = 4.13$, $SD. = 0.73$) สมรรถนะวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.66$, $SD. = 0.67$) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ($\bar{X} = 3.65$, $SD. = 0.71$) และสมรรถนะหลัก ($\bar{X} = 3.50$, $SD. = 0.58$)

3. ความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา ต่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 ปีการศึกษา 2561 ในภาพรวม พบว่า อยู่ ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.68$ $SD. = 0.61$) เมื่อวิเคราะห์และ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านเป็นดังนี้คือ สมรรถนะ ทั่วไป ($\bar{X} = 4.13$ $SD. = 0.73$) ทักษะชีวิต ($\bar{X} = 3.96$ $SD. = 0.79$) สมรรถนะวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.66$ $SD. = 0.67$) คุณลักษณะ ที่พึงประสงค์ ($\bar{X} = 3.65$ $SD. = 0.71$) การบรรลุจุดประสงค์ ของหลักสูตร ($\bar{X} = 3.51$ $SD. = 0.66$) และสมรรถนะหลัก ($\bar{X} = 3.50$ $SD. = 0.58$) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดก็พบ ว่า ความมีวินัย ตรงเวลา เคารพกฎหมาย มีจิตสำนึกและ ตระหนักในหลักคุณธรรมจริยธรรม สอดคล้องกับทักษะชีวิต ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงด้วยทำให้ผู้สำเร็จการศึกษา สามารถ รับผิดชอบต่อหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย ปรับตัวการ ทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ตลอดจน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการได้ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ดีในการ ทำงาน และสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะวิชาชีพที่ อยู่ในระดับมากด้วย แต่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ หลักต่ำกว่าสมรรถนะอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สอนในหลักสูตรนี้ควรปรับการจัดการเรียนการ สอน ทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ เน้นการพัฒนาสมรรถนะหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทักษะทางปัญญา ด้านความรู้ และการ วิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ

2. ผู้บริหารควรสนับสนุน พัฒนาผู้สอน และเอื้ออำนวยในการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนได้พัฒนาตามกรอบมาตรฐานอาชีวศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

2. ควรขยายผลการศึกษา โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ในปัจจุบันของผู้ใช้ผู้สำเร็จการศึกษา เพื่อหาวิธีดำเนินการลด หรือปิดช่องว่างของความคาดหวัง เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาเป็นที่ต้องการของสังคม

References

1. The AEMT developed curriculum committee of PBRI. Diploma of science program in Emergency Medical Operation curriculum: 2016 edition. PBRI; 2016:1-67. (in Thai).
2. Office of the higher Education Commission: OHEC. Work manual of internal education quality assurance for high education. 2015. (in Thai).
3. Fan Y, Li Q, yang S, Guo Y, yang l, Zhao S. Developing tools for identifying employer and employee satisfaction of nursing new graduates in China. The Scientific World Journal 2014; 1-7.
4. Kijpreedaborisut B, Serikajornkitchareon P. Research method in public health: case study on relationship among variables. Faculty of Public Health, Burapha University; 2017. (in Thai).
5. Sangsanguan W, Wanakul T. The stakeholders satisfaction and expectations toward bachelor degree of nursing, Eastern Asia University in academic year 2015. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19 (May-Aug):213-21. (in Thai).
6. Harnyut O, Ratanathaworn R. Quality and identity of graduated nurse of school of nursing, Eastern Asia University in academic year 2010. EAU Heritage Journal 2013;7(2):99-107. (in Thai).
7. Dhabhimsri V, Kemkhan P, Vanich W, Huengwattanukul P. The desired characteristics of graduate for Thailand qualifications framework and identities of graduates in bachelor of nursing science program from Boromarajonani college of nursing, Bangkok as Perspectived by supervisors. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):252-63. (in Thai).
8. Sa-nguansaj S, Surin-arbhorn M, Tangwongkit T, Jaddum J, Kerdmuang S. Satisfaction of the quality and identity of graduated nurses, Boromarajonani college of nursing, Chainat in academic year 2015. Chandrakasem Rajabhat University of Graduate School 2019;14(2):81-90. (in Thai).
9. Karbmanee N, Khornyang W, Kitkuandee B, Auichareon S. Satisfaction of the employers toward competencies for graduate nurse, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani 2017;4(1):366-75. (in Thai).

บทความวิจัย

ประสบการณ์อุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน กับริพยาบาล : การวิจัยเชิงคุณภาพ

Accidents Experiences and Safety Behavior among Emergency Medical Personnel with Ambulance: Qualitative Research

Received: Apr 25, 2020

Revised: May 26, 2020

Accepted: May 29, 2020

รัตติยากร ถือวัน วท.ม. (Rattiyakorn Thuewan, M.S.)¹สมคิด ปราบภัย ปร.ด. (Somkid Prapai, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างมหาศาล นำไปสู่ปัญหาสำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบจากอุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับริพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological method) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับริพยาบาลเคยประสบอุบัติเหตุในขณะที่ปฏิบัติงานทั้งจากอุบัติเหตุจากรถพยาบาลถูกชนและชนคันอื่น ชนฟุตบอล เสียหลักลงข้างทาง ตกสะพาน และอุบัติเหตุจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เข็มทิ่มตำ ผลกระทบจากอุบัติเหตุส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับบาดเจ็บ (เช่น แขนขาฟกช้ำ ฟันแตก เจ็บหน้าอก อวัยวะบางส่วนถูกตัดจนพิการ และบางรายเสียชีวิต) ปัจจัยเสี่ยงต่ออุบัติเหตุเกิดจากการขาดพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญ โดยพนักงานกับริพยาบาลมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 80 กม./ชม. และฝ่าฝืนสัญญาณจราจร ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่นั่งในที่ที่เหมาะสม มีการทำหัตถการขณะรถพยาบาลเคลื่อนที่ และไม่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ส่วนปัจจัยด้านพาหนะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ภายในห้องพยาบาลมีเข็มขัดนิรภัยไม่ครบทุกที่นั่ง นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บริเวณทางแยก ทางหลวงชนบท ถนน 2 เลนสวนทางกัน และไม่มีไฟส่องสว่างข้างทาง ถนนเขตชุมชนเมืองที่สภาพการจราจรติดขัด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้น

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, E-mail:rattiyakorn.th@ku.th

² Corresponding author อาจารย์สาขาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ E-mail: sbcskp@ku.ac.th Kasetsart University, Bangkok, Thailand

สรุปผล: จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านพาหนะและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านบุคคล เช่น การขาดพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: การแก้ไขปัญหามุติเหตุรถพยาบาล ควรมุ่งเน้นข้อเสนอแนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาลควรปฏิบัติตามกฎหมาย/มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด อบรมหลักสูตรการขับรถพยาบาลและหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็น ศึกษา ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนกรณีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและฝึกซ้อมแผนรองรับการเกิดอุบัติเหตุเป็นระยะ

คำสำคัญ: ประสบการณ์อุบัติเหตุ, พฤติกรรมความปลอดภัย, ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

Abstract

Introduction: Road traffic accidents are the primary cause of injury, disability, and death. It had a tremendous impact to the economy, society, and the quality of life leading to a major global problem in many countries.

Research objectives: This study aimed to investigate the accident experiences, relevant factors, effects from accident and safety behaviors of emergency medical services workers who work with ambulances.

Research methodology: This qualitative research using the phenomenological method and purposive sampling. The data were collected from 40 samples using semi-structured in-depth interview and analyzing data using descriptive statistics included frequency and percentage, and content analysis.

Results: The results found that emergency medical services workers who work with ambulances ever experienced an accident while working, due to an accident from an ambulance was bumped by another vehicle and collided with another vehicle or sidewalk, swerved off the road, off a bridge, and accidents from medical devices, such as needle prick injury. Effects from accident caused an injury of workers (such as bruised arms and legs, broken tooth, chest pain, some organs were cut until deformed, and some workers died). Risk factors of accidents were caused by lack of safety behaviors of emergency medical personnel such as some drivers were in a weak physically condition, drove at speeds of over 80 km/h, and ran a red light, nursing personnel did not wear a seat belt, not sit in the right place, performed medical procedures while the ambulance was running, and not keep medical devices tidy. The vehicle factor related to unsafe behaviors of emergency medical services workers was no having seat belts enough for all seats inside ambulance. The environmental factors were 2 narrow lanes of rural roads at the crossroads without street light, urban roads with traffic jam were the risk factors causing accidents which emergency medical services workers had to increase their safety behaviors in emergency medical services operations.

Conclusions: From the present study, risk factors affecting accidents from emergency operation in an ambulance included personal factors, vehicle factors and environmental factors such as lack of safe behavior of emergency medical personnel which was an essential risk factor on accidents of the ambulances.

Implications: To solve problems of the ambulance's accidents should be focused on suggestions for behavioral adjustment of the emergency medical personnel. For example, the emergency operators accompanying with the ambulances should strictly comply with laws/ measures specified by the Ministry of Public Health, and a training related to how to drive an ambulance safely and other necessary trainings should be provided which include studying, monitoring, evaluating and extracting lessons in case of an accident, as well as a drill that should be organized occasionally in support of accidental events.

Keywords: accidents experiences, safety behavior, emergency medical personnel

บทนำ

ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด (ตามคำนิยามของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551) มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหลักในการเข้าช่วยเหลือผู้ที่มีอาการเฉียบพลัน รุนแรง ทั้งผู้เจ็บป่วยและผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ นำส่งด้วยรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว เหมาะสม ไปยังสถานพยาบาลที่สามารถให้การดูแล รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹ เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ เวชกรฉุกเฉินพยาบาลฉุกเฉิน พยาบาลกู้ชีพ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพนักงานขับรถพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้กำหนดนโยบายสนับสนุนให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพภายในเวลา 8 นาที ซึ่งการดำเนินนโยบายเช่นนี้ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น² แต่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินก็ต้องทำงานแข่งกับเวลา พนักงานขับรถพยาบาลต้องขับรถด้วยความรวดเร็วเพื่อไปรับผู้ป่วยวิกฤต ณ สถานที่เกิดเหตุ และนำส่งสถานพยาบาลภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ด้วยลักษณะการทำงานที่เร่งรีบเช่นนี้ ทำให้บุคลากรกลุ่มนี้ได้รับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากระหว่างการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 1.3

ล้านคน และในแต่ละวันประชากรโลกกว่า 3 หมื่นคนได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน³ สำหรับประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่สองของโลก รองจากประเทศลิเบีย โดยมีอัตราการเสียชีวิต 36.2 ต่อแสนประชากร แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนแล้ว ประเทศไทยถือว่ามียุทธการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด สาเหตุหลักของเกิดอุบัติเหตุ คือ การใช้ยานพาหนะประเภทจักรยานยนต์ (ร้อยละ 37.38) รองลงมา คือ รถยนต์ (ร้อยละ 28.37)⁴ ยานพาหนะสำหรับใช้ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นยานพาหนะประเภทรถยนต์ประเภทหนึ่งที่แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งขึ้น และส่งผลกระทบต่อบาดเจ็บและชีวิตของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามมา โดยในระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2562 พบการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลทั้งสิ้น 110 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขณะส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล และส่งผลให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต 318 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลและบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 129 คน⁵

ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีรายงานการขึ้นทะเบียนรถพยาบาลใน ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 15,235 คัน และมีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ด้านการแพทย์ฉุกเฉินประมาณ 160,868 คน⁶ ด้วยปริมาณรถพยาบาลและบุคลากรด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีปริมาณมากขึ้น ถือเป็นสาเหตุ

หนึ่งในการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล ภาพรวมของประเทศไทยเท่ากับ 0.39 ครั้งต่อรถพยาบาล 100 คันของจังหวัดที่เกิดอุบัติเหตุ มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล เท่ากับ 0.05 ครั้งต่อการปฏิบัติการ 1,000 ครั้งของจังหวัดที่เกิดอุบัติเหตุ มีอัตราการบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติการและผู้ร่วมโดยสารในรถพยาบาลเท่ากับ 0.10 คนต่อการออกปฏิบัติการ 1,000 ครั้งของจังหวัดที่เกิดอุบัติเหตุ และมีอัตราการตายเท่ากับ 0.02 คนต่อการออกปฏิบัติการ 1,000 ครั้งของจังหวัดที่เกิดอุบัติเหตุ โดยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานบนรถพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล พนักงานขับรถพยาบาลไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรขับรถพยาบาล บางคนเป็นพนักงานขับรถพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน บางคนไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 90 กม./ชม. บางเหตุการณ์ญาตินั่งเบาะหน้า 2 คน และผู้ร่วมโดยสารในห้องพยาบาลส่วนใหญ่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ด้านรถพยาบาล รถพยาบาลมีอายุใช้งานประมาณ 2-5 ปี รถและอุปกรณ์ภายในรถไม่ได้รับการตรวจสภาพและขึ้นทะเบียนในระบบ ไม่ติดตั้ง GPS และมีจำนวนมากที่ไม่มีประกันภัยรถยนต์ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เกิดบนถนนสายหลักถนนนอกชุมชนที่ใช้ความเร็วได้ค่อนข้างมาก มีลักษณะภูมิประเทศเป็นเขา ทางโค้ง ถนนเลนคู่ มีหลายเหตุการณ์ที่ไม่มีป้ายสัญลักษณ์ เช่น การปิดช่องจราจร ป้ายทางขึ้นเขา⁷ ซึ่งก่อให้เกิดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้รับบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิต ตลอดจนสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินคดี ค่ารักษาพยาบาล สูญเสียรายได้และมีผลกระทบต่อความรู้สึกของครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน สูญเสียงบประมาณในการซ่อมแซมรถพยาบาล ค่าดูแลรักษาพยาบาล และส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ขององค์กร การป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของรถพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อลดการสูญเสีย

จากการศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาคาดอุบัติเหตุของรถพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า มีการเสนอแนะการกำหนดคุณสมบัติของพนักงานขับรถพยาบาลและฝึกอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลของสถานพยาบาลและหน่วยงาน

ปฏิบัติการทั้งภาครัฐ เอกชนและท้องถิ่น การปรับปรุงมาตรฐาน รถพยาบาล เช่น ติดตั้ง GPS ทุกคัน ติดตั้งเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่งของห้องพยาบาล มีสัญญาณเสียงเตือนเมื่อไม่มีการคาดเข็มขัดนิรภัย จำกัดความเร็วของรถพยาบาล และเพิ่มสัญลักษณ์หรือสัญญาณต่าง ๆ ในจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหานี้จะเคร่งครัดจะสามารถลดการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุของรถพยาบาลค่อนข้างมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางและการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี ซึ่งการใช้ข้อมูลทฤษฎีทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องหรือแก้ไขบันทึกข้อมูลต้นทางได้ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological method) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ และทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์มนุษย์ ผ่านการสนทนากับบุคคลซึ่งใช้ชีวิตอยู่ในประสบการณ์นั้น⁸ ทำให้สามารถอธิบายประสบการณ์และพฤติกรรมของบุคคล วิเคราะห์ตีความหมายปรากฏการณ์ขึ้นมาเป็นข้อค้นพบทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ ชุดข้อมูลที่นำไปช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเกิดความสูญเสียหรือได้รับผลกระทบน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาลตามแนวคิดของ Husserl ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การกำหนดหัวข้อและคำถามในการวิจัยที่เหมาะสมกับวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

2. การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษา 3. การกำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกบุคคล 4. การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ที่ถูกเลือกมาศึกษา รวมทั้งดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรมวิจัย 5. การกำหนดประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 6. ทำการสัมภาษณ์ และบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียดและ 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

บริบทและผู้ให้ข้อมูล (Setting and participants)

ประชากร คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 3 ปี เนื่องจากมีประสบการณ์ ความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถบรรยายประสบการณ์และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรพพยาบาลได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ การเลือกผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลของรัฐ เอกชนและมูลนิธิ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 68 ตัวอย่าง โดยคิดจากร้อยละ 15 ของสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากจำนวน 110 ครั้ง และไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนเท่ากัน ซึ่งจำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม สามารถนำไปค้นหารูปแบบหรือสร้างข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย นั่นคือจะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว⁹ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวเมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 40 ตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เคยประสบอุบัติเหตุ 20 ตัวอย่าง ได้แก่ 1.1 พนักงานขับรถพยาบาล 1.2 บุคลากรด้านการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลฉุกเฉิน พยาบาลกู้ชีพ) 1.3 เวชกรฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่สื่อสาร อาสาสมัครกู้ชีพ

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ 20 ตัวอย่าง ได้แก่ 2.1 พนักงานขับรถพยาบาล 2.2 บุคลากรด้านการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลฉุกเฉิน พยาบาลกู้ชีพ) 2.3 เวชกรฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่สื่อสาร อาสาสมัครกู้ชีพ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีบรรยายประสบการณ์ พูดสื่อสารภาษาไทยได้ดีและมีประสบ-

การณ์การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 3 ปี และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ข้อมูลไม่ครบทุกประเด็น, ไม่สะดวกให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เป็นแบบสัมภาษณ์

เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามแบบตรวจรายการ (check list) ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับประสบการณ์อุบัติเหตุ ลักษณะอุบัติเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบและพฤติกรรมความปลอดภัยของการปฏิบัติการฉุกเฉินในรพพยาบาล ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษานี้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2562 COE No. COE62/095 และมีเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) ให้กับอาสาสมัครที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และมูลนิธิ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ข้อ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/non-maleficence) และหลักความยุติธรรม (justice) คือ ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถาม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อและการไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องถึงผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยเก็บไว้ในที่ปลอดภัย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้วข้อมูลดิบของผู้ให้ข้อมูลถูกทำลายทันที ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง จะใช้เพียงนามสมมติ แม้แต่สถานที่ทำงาน สถานที่อาศัยรวมถึงสถานที่เฉพาะต่าง ๆ โดย

ผู้วิจัยจะใช้ค่ากลาง ๆ เช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นต้น ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 30-40 นาทีและทำการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเสียงผู้รับสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1. การเตรียมข้อมูลจากการถอดไฟล์เสียงออกมาเป็นบทสัมภาษณ์และประมวลออกมาเป็นเอกสาร 2. การวางแผนการวิเคราะห์ โดยทำความเข้าใจกับข้อมูลการสัมภาษณ์ทั้งหมด เพื่อจะได้เห็นภาพข้อมูลประสบการณ์อุบัติเหตุทั้งหมดของแต่ละกรณีศึกษาและออกแบบประเด็นหรือหมวดหมู่การวิจัยออกเป็นหัวข้อต่าง ๆ ทั้งหัวข้อหลักและหัวข้อย่อย 3. การจัดหมวดหมู่ข้อมูล ผู้วิจัยทำการอ่านบทสัมภาษณ์และจัดเข้าหมวดหมู่ จากนั้นนำชุดข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ไว้แล้ว มารวมเข้าไว้ในประเด็นหลักและประเด็นย่อย 4. การแปลความหมาย นำแนวคิดและทฤษฎีมาอธิบายโดยเขียนพรรณนาผลการศึกษาออกมาตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในประเด็นนั้น ๆ มาเชื่อมโยงเข้าหากับผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่างการศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 40 ราย จำแนกเป็นกลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย และกลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย โดยกลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85) อายุเฉลี่ย 38.5 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี (ร้อยละ 40) สถานภาพโสด (ร้อยละ 55) องค์กรที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทั้งหน่วยงานของรัฐ เอกชน และมูลนิธิ ประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่เกิน 20 ปี หน้าที่ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด ส่วนกลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60)

อายุเฉลี่ย 37.1 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี (ร้อยละ 60) สถานภาพส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 65.00) องค์กรที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมดเป็นหน่วยงานรัฐ ประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่เกิน 20 ปี หน้าที่ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด

2. ประสบการณ์ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเคยประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย พบว่า โรงพยาบาลทั้งของรัฐ เอกชน และมูลนิธิ มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ โรงพยาบาลชนรยนต์ส่วนบุคคล โรงพยาบาลเสียหลักลงข้างทาง โรงพยาบาลฝาสัญญาณจราจร โรงพยาบาลชนฟุตบอล รถพยาบาลชนรถเมล์ รถพยาบาลชนรถไถนา รถพยาบาลชนรถพ่วง รถพยาบาลตกสะพาน รถมอเตอร์ไซด์ชนรถพยาบาล รถยนต์ส่วนบุคคลชนรถพยาบาล รถแท็กซี่ชนรถพยาบาล โดยช่วงการปฏิบัติงานที่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นจากการนำส่งผู้ป่วยแล้ว รองลงมา คือ เพื่อนำส่งผู้ป่วยและเที่ยวกำลังไปรับผู้ป่วย ตามลำดับ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ เกิดขึ้นทุกช่วงเวลา ความเร็วที่ใช้ขับขี่ขณะเกิดอุบัติเหตุไม่เกิน 120 กิโลเมตร/ชั่วโมง อายุรถพยาบาลไม่เกิน 20 ปี จุดเกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบริเวณถนนเขตชุมชนเมือง ทางหลวงชนบท และทางแยกที่มีสัญญาณไฟจราจร และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับบุคลากร ได้แก่ เข็มทิ่มตำ โดยพบลักษณะประสบการณ์อุบัติเหตุ ดังเช่น

2.1 โรงพยาบาลชนรยนต์ส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาล เวลาประมาณ 20.10 น. กำลังเดินทางกลับหลังจากนำส่งผู้ป่วยเสร็จ ลักษณะถนนมีดีเป็นถนนลักษณะ 2 เลน สวนทางกัน ขณะนั้นฝนตก รถพยาบาลขับเลนขวา ด้วยความเร็วประมาณ 110 กม./ชม. มีรถกระบะขับเลี้ยวขวาตัดหน้ารถพยาบาลกะทันหันโดยไม่เปิดสัญญาณไฟเลี้ยว พนักงานขับรถพยาบาลจึงหักหลบแต่ไม่พ้น ทำให้ชนกับรถกระบะ และรถพยาบาลเสียหลักพุ่งชนชายคาป้อมตำรวจของจังหวัดแห่งหนึ่ง

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและปวดต้นคอ ขยับคอมากไม่ได้ หน้าผากบวม ปวดหลัง ปวดไหล่ซ้ายและข้อมือขวามีบาดแผล และเจ้าหน้าที่

พยาบาลที่นั่งด้านหลังรถพยาบาลมาด้วยคอเคล็ด เจ็บชายโครงบริเวณใต้ราวนม และเจ็บต้นขาด้านซ้าย, พนักงานขับรถพยาบาลอีกคนที่นั่งข้างคนขับ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ฟกช้ำทั้งตัวและขา และพนักงานขับรถพยาบาลที่ทำหน้าที่ขับรถ คอเคล็ด เจ็บหน้าอก ชายโครง มีเศษกระจกบาดตามตัวเล็กน้อย ปวดหลังและปวดเข่า ส่วนรถพยาบาลกระจกหน้ารถแตก

“เราประมาทร่วม ศาลตัดสินให้ พชร.ที่ต้องชดใช้หลวง ประมาณ 1-2 หมื่น พี่ช่วยเหลือ ของพี่ไม่โดนชดใช้หลวง ซึ่งตอนนั้นมันไม่มีประกันไง”

“มันไม่ได้ขับเร็ว เป็นถนน 2 เลน แล้วสวนกัน และเป็นยามวิกาลประมาณ 2 ทุ่ม แล้วก็ฝนตก แล้วก็ถนนมืด ทางหลวงชนบทไม่มีไฟ รถที่ใช้ป้ายแดง คนขับเขาเป็นลูกจ้าง ไม่ใช่ลูกจ้างธรรมดาเนาะ เป็นลูกจ้างประจำ”

“ช่วงนั้นเป็นขากลับ ส่งคนไข้เสร็จแล้ว นั่งและนอนหลับกันมา รถพยาบาลมันไม่มีเบล มันมีเบลตัวเดียวซึ่งอยู่ข้างเตียงนอน”

“ถ้าจะให้เกิดความปลอดภัย มันไม่ควรมีการรีเฟอร์ควรเป็น One Stop ในโรงพยาบาล ไม่ต้องส่งตัวไปโน้นไปนี่ ไม่ว่าในเมืองหรือชนบท และก็ทัศนคติของหมอ พยาบาลนี้แหละ ถ้าไม่ใช่สิทธิ์ของโรงพยาบาลฉัน ฉันต้องรีบส่งไปไกล ๆ ฉันจะไม่รักษาอะไรอย่างนี้”

2.2 รถพยาบาลเสียหลักกลางข้างทาง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครกู้ชีพ เวลาประมาณ 09.00 น. กำลังเดินทางนำส่งผู้ป่วย จากจังหวัดชลบุรีไปจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดินทางพนักงานขับรถพยาบาลหลับในเนื่องจากร่างกายอ่อนเพลีย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ ผู้ให้ข้อมูลเจ็บซี่โครงบริเวณหน้าอก ขาขวาต่อนล่างกระดูกแตก ขาซ้าย ท่อนบนกระดูกแตก, ผู้ป่วยเสียชีวิต, พนักงานขับรถพยาบาลอีกคนที่นั่งด้านหลังรถพยาบาลได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและเจ็บหน้าอก ญาติและพนักงานขับรถพยาบาลที่ทำหน้าที่ขับรถได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ส่วนรถพยาบาลเสียหายทั้งคัน

“คนขับมี 2 คน ผมบอกให้เขาเปลี่ยนให้น้องอีกคนมาขับ เขาบอกว่าไม่ไหวใจ เขาไม่ไหวใจกันเอง”

“จอดแะกินข้าว เขากินข้าว 2 จาน กินอิ่มแล้วก็ง่วง ตอนนั้นขับเร็วด้วยไง ประมาณ 100”

2.3 รถพยาบาลฝ่าสัญญาณจราจร

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรถพยาบาล เวลาประมาณ 07.00 น. กำลังเดินทางนำส่งผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จุดเกิดเหตุบริเวณแยกห้วยขวาง รถยนต์ส่วนบุคคลอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างสัญญาณไฟเขียวและไฟแดง แต่เหยียบหนีไฟแดงมาชนกับรถพยาบาลที่ได้สัญญาณไฟสีส้มกำลังจะเปลี่ยนเป็นสัญญาณไฟเขียว ซึ่งขณะนั้นรถพยาบาลกำลังขับออกมาด้วยความเร็ว 30 กม./ชม. จึงทำให้ชนกันบริเวณกลางสี่แยก

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับบาดเจ็บ แต่พยาบาลที่อยู่ด้านหลังรถพยาบาลฟกช้ำที่ขาและญาติผู้ป่วยลำตัวกระแทกกับรถพยาบาล ส่วนรถพยาบาลกระจกหลังฝั่งขวาแตก กระโปรงหลังรถพยาบาลบิด

“พี่คิดว่าเราประมาทด้วย ประมาทตรงที่ เราไม่ได้รอให้เป็นไฟเขียวสนิท แต่ค่อย ๆ ไหลไปก่อน ฝั่งโน้นเขาก็เร่งที่จะหนีไฟแดง”

“เรามองข้ามความประมาทไปทั้ง ๆ ที่คนไข้อยู่ในรถเรา แต่ดีที่เราไม่ได้ไปเร็ว”

“รถพยาบาลฝ่าไฟแดงต้องมีความระมัดระวัง ถ้าเกิดอุบัติเหตุก็ผิด คือจริง ๆ กฎหมายก็ได้ให้สิทธิ์ใครฝ่าไฟแดง”

“พี่คิดว่านอกจากการป้องกันตนเองภายในยานพาหนะแล้ว ก็ต้องเคร่งครัดในกฎระเบียบ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ก่อน อย่างน้อย ๆ คนป่วยที่อยู่บนรถก็มีแพทย์มีพยาบาลดูแลลำดับหนึ่งแล้วเรายังไม่จำเป็นต้องรีบขนาดนั้น”

2.4 รถพยาบาลชนฟุตบอล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาล เวลาประมาณ 07.00 น. กำลังเดินทางไปรับผู้ป่วยอาการหอบ ขณะเดินทางไปรับผู้ป่วยนั่งบริเวณด้านหน้ารถพยาบาลทั้ง 3 คน ซึ่งขณะนั้นรถมีปริมาณมาก พนักงานขับรถพยาบาลขับด้วยความเร็ว 20 กม./ชม. จุดเกิดเหตุบริเวณแยกสันติสุข จังหวัดปทุมธานี มีรถบัสขวางทาง พนักงานขับรถพยาบาลตัดสินใจเบียดรถบัสไปขึ้นฟุตบอลบริเวณเกาะกลางถนน แต่ปรากฏว่าขึ้นไม่ไหว จึงถอยรถพยาบาลลงมาอย่างกะทันหัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูล คอถูกกระชากไปด้านหลังและกลับมาด้านหลังอย่างรุนแรง ทำให้กระดูกคอ

เคลื่อนและเอ็นที่คอด้านซ้ายฉีกขาดเกือบหมดเส้น ต้องใส่อุปกรณ์ลื้อคอ 1 ปี ส่วนรพยบาลไม่ได้รับความเสียหาย

“มีรถบัสขวางหน้า ช่องว่างระหว่างรถบัสเป็นฟุตบอล ทางเล็ก ตอนไป คนขับรพยบาล ผู้ช่วย จะนั่งหน้าไปด้วยกัน 3 คน พี่นั่งติดประตู คนขับตัดสินใจเบียดรถบัส รถมันเลยป็นฟุตบอล พอขึ้นไม่ได้เขาเลยถอยหลัง คอพี่เลยกระชากไปข้างหน้าและลงมาข้างหลังเลย”

“ตอนนั้นนั่งหน้า 3 คน นั่งเบียดกันไป ไม่ได้คาดเข็มขัด มีแค่คนขับรถคนเดียวที่คาดเข็มขัด”

“จริง ๆ พยาบาลควรนั่งหลัง ข้างหน้าควรนั่งแค่ 2 คน แต่ตอนนั้นเรารู้ เห็นรุ่นพี่ทำยังไงเราก็ทำอย่างนั้น ทำต่อกันมาเรื่อย ๆ ก็คือ เวลาเราไปรับคนไข้ ไม่จำเป็นต้องดูแลคนไข้ ทุกคนก็อยากนั่งสบาย ๆ ข้างหน้าใจ”

“ตอนนั้นเป็นลูกจ้างชั่วคราว ได้แค่เงินประกันสังคม เจ็บป่วยจากงานประกันสังคมจ่ายเรา 60% อยู่แล้วตามระเบียบ พี่ก็ไปเดินเรื่องปรึกษา สสจ. และทำเรื่องฟ้องที่สำนักปลัดกระทรวง 5-6 เดือน จนชนะ เขาสั่งให้ รพ.จ่ายเงินเดือนย้อนหลังให้พี่ และได้ชดเชยจาก สปสช. 50,000 บาท”

2.5 รพยบาลชนรถเมล์

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรพยบาล เวลาประมาณ 10.00 น. กำลังเดินทางไปรับผู้ป่วย จุดเกิดเหตุบริเวณถนนบรมราชชนนี ลักษณะถนน 2 เลน จราจรติดขัด ผู้ใช้รถใช้ถนนหลบทางออกด้านข้างให้รพยบาล จึงขับรพยบาลแทรกกลางถนน ด้วยความเร็ว 40 กม./ชม. เมื่อถึงช่วงทางโค้ง มีรถเมล์วิ่งเลนซ้ายกำลังเลี้ยวโค้งซ้ายเพื่อหลบทางให้รพยบาลแต่ไม่พ้น ประกอบกับมีจักรยานยนต์แข่งมาทางด้านซ้าย รถเมล์จึงเบรกกะทันหันทำให้รพยบาลชนรถเมล์ด้านข้างฝั่งซ้าย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ รพยบาลด้านข้างเป็นรอยเล็กน้อย ส่วนผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับบาดเจ็บ

“ประชาชนขาดจิตสำนึกในการหลบทางให้รถฉุกเฉิน บางคันไม่หลบ แต่รถเมล์หลบ แต่เขาเป็นรถใหญ่ หลบไปแล้วมันไม่พ้นเขาเลยเบรกว่าจะมีอะไรแซงซ้ายไปด้วย ตอนนั้น เขาก็มั่วไปทางซ้าย เป็นทางโค้งพอดีเลย โค้งสั้นๆ”

“จริง ๆ มันมี พรบ.รถฉุกเฉินอยู่แล้ว แต่ประชาชนยังไม่ค่อยเข้าใจ พรบ.ตัวนี้เท่าไร ยังไม่ค่อยให้ความสนใจ ไม่ค่อยเข้าใจ”

2.6 รพยบาลชนรถไถนา

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาล เวลาประมาณ 04.30 น. กำลังเดินทางกลับหลังจากนำส่งผู้ป่วยเสร็จแล้ว รพยบาลขับด้วยความเร็ว 80 กิโลเมตร/ชั่วโมง จุดเกิดเหตุถนนทางหลวงชนบท ลักษณะ 2 เลนสวนกัน ไม่มีไฟฟ้าส่องสว่าง ข้างทางและรถไถนาไม่มีไฟท้าย ทำให้รพยบาลชนกับรถไถนาที่กำลังวิ่งด้านซ้าย โดยพนักงานขับรพยบาลพยายามหักหลบแต่ไม่พ้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้รพยบาลไฟหน้าฝั่งซ้ายแตก ล้อหน้าแตก รพยบาลทำประกันชั้น 1 จึงไม่ต้องจ่ายค่าเสียหาย ส่วนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้รับบาดเจ็บ

“คนขับเขาคุ้ยดี ปกติ ตลอดทางเลยนะ เขาทำงานมา 10 กว่าปี เห็นไปฝึกพนักงานขับรถที่โคราชอยู่ แต่ที่ว่าหลุดไฟรถข้างหน้าเขาไม่สว่างและรถที่ใช้ก็น่าจะเกิน 5 ปี”

“จากที่นั่งด้านหน้าทั้ง 3 คนเลย พี่คาดเข็มขัดนะ คนขับก็คาด แต่น้องที่นั่งกลางไม่ได้คาด”

“รถของโรงพยาบาลมีเยอะเกือบ 10 คัน แต่มันมีการรีเฟอร์เยอะ รถน่าจะเพียงพอและควรมีประสิทธิภาพมากกว่านี้”

“โรงพยาบาลที่มีหมอเฉพาะทางไม่ครบทุกแผนก ถ้าเป็นเคสที่ไม่เร่งด่วน เช่น ออร์โธ พี่ว่าก็น่าจะรอดตอนเช้าได้”

2.7 รพยบาลชนรถพ่วง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรพยบาล เวลาประมาณ 02.00 น. กำลังเดินทางกลับหลังจากส่งนำผู้ป่วยเสร็จแล้ว เกิดเหตุถนนเพชรเกษม จังหวัดชุมพร สภาพถนนเป็นทางเรียบสลับกับเนิน จุดเกิดเหตุเป็นที่กลับรถ ไม่มีไฟส่องสว่าง ขณะนั้นรพยบาลขับเลนขวาสุดด้วยความเร็ว 110 กม./ชม. มีรถพ่วงวิ่งเลนซ้ายแล้วเปลี่ยนเลนมาเลนขวาโดยไม่เปิดสัญญาณไฟเลี้ยว ทำให้รพยบาลชนท้ายรถพ่วง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลตั้งกระทกกับพวงมาลัยและพินแตก ส่วนรพยบาลด้านหน้ายุบทั้งหมด

“ตรงนั้นเป็นช่วงขึ้นเนิน ลงเนิน ตรงเกิดเหตุเป็นเนินสูงขึ้นไป ก่อนหน้ารถพ่วงจะมีรถขायู่คันหนึ่ง แต่เขาไม่เห็นเรา เรามาเลนขวา รถพ่วงเขาต้องส่งขึ้นเนิน จังหวะโยกหัวมาทางขวา แต่หางยังไม่เข้า จังหวะนั้นรถเราขึ้นเนินแล้วลงเนินมาถึงเขาพอดี”

“ตรงนั้นชนกันบ่อย เมื่อก่อนเป็น U-Turn ไม่มีไฟ ตอนนี้ปิดเรียบร้อยแล้ว ไม่มีการกลับรถแล้ว ตรงนั้นเมื่อก่อนเกิดเหตุใหญ่ รถทัวร์ชนกันก็มี”

2.8 รถพยาบาลตกสะพาน

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรถพยาบาล เวลาประมาณ 24.00 น. กำลังเดินทางกลับหลังจากนำส่งผู้ป่วยเสร็จแล้ว จุดเกิดเหตุบริเวณถนนท่าแร่-กุสุมาณ จังหวัดนครพนม ถนนกำลังปรับปรุงใหม่ ไม่มีไฟฟ้าส่องสว่างข้างทาง ไม่มีป้ายแจ้งเตือน การปรับปรุงถนน ทำให้รถพยาบาลตกไปในสะพานที่กำลังก่อสร้างระดับความสูงประมาณ 3 เมตร

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลเจ็บหน้าอกและพยาบาลศีรษะแตก ส่วนรถพยาบาลเสียหายบริเวณด้านหน้าทั้งหมด

“วันนั้นไปส่งคนไข้ที่นครพนมมาแล้ว ขับมาในทางพิเศษ ขากลับสะพานขาดทำให้รถตกไปเลย ตูม!!! พังเลย ไม่ได้หลับในอะไรทั้งสิ้นนะ ความสูงประมาณ 3 เมตร หัวปัดลงไปเลย”

2.9 รถจักรยานยนต์ชนรถพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรถพยาบาล เวลาประมาณ 15.00 น. กำลังเดินทางไปรับผู้ป่วย จุดเกิดเหตุในซอยรามอินทรา ขับรถด้วยความเร็ว 30 กม./ชม. ลักษณะถนนเป็นทางโค้ง 2 เลนสวนกัน ขณะนั้นมีรถจักรยานยนต์ขับสวนทางมา กำลังเล่นโทรศัพท์ไม่ได้มองรถพยาบาลจึงทำให้ชนกับรถพยาบาล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้รถพยาบาลเสียหายด้านหน้าฝั่งขวาเล็กน้อยสามารถขับต่อไปได้ ส่วนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้รับบาดเจ็บ

“วันนั้นมีเคสฉุกเฉิน ออกมา 2 คัน ขับตามกันมา พอเข้าชุมชนเราปิดสัญญาณเสียง พอถึงปากซอยบ้านคนไข้ คันแรกเลี้ยวเข้าไปได้ ส่วนผมเลี้ยวเข้าไป มีมอเตอร์ไซด์ขับสวนมาไม่ได้มอง มือหนึ่งเล่นมือถือ ก็เลยทำให้ชนเข้าด้านข้างตัวรถของผม”

“วันนั้นเรียกว่าเป็นความประมาทก็ได้ ทั้งตัวเราและคู่กรณีด้วย วันนั้นคู่กรณีขับมือหนึ่งเล่นโทรศัพท์มือหนึ่งคือวันนั้นเรารีบด้วย คันหน้าเขาไปแล้วเราก็ต้องรีบตามเขาไป เราก็ไม่ทันได้มองให้มันดีๆก่อน”

2.10 รถยนต์ส่วนบุคคลชนรถพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าของหน้าที่สื่อสาร เวลาประมาณ 02.10 น. กำลังเดินทางนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล จุดเกิดเหตุบริเวณเขตประจักษ์ศิลปาคม สภากาชาด โรงพยาบาลได้สัญญาณไฟเขียวขับด้วยความเร็ว 20 กม./ชม. กำลังจะเลี้ยวขวา มีรถยนต์ส่วนบุคคล ผู้ขับอยู่ในสภาพมึนเมาขับรถฝ่าสัญญาณไฟแดงมาชนท้ายรถพยาบาล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้รถพยาบาลฝั่งขวาด้านหลังยุบหมด ส่วนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้รับบาดเจ็บ

“รถเรากำลังจะเลี้ยวขวา คู่กรณีรถเก๋ง ฝั่งเขาสัญญาณไฟแดง เขาฝ่าไฟแดงมาชนท้าย ไม่มีผู้บาดเจ็บ แต่รถข้างหลังฝั่งขวายุบหมด”

“เขาชนแล้วเขาก็ไปเลย เลยให้อาสาสมัครภาคประชาชนช่วยตามให้”

“ในกรณีที่เกิดเหตุเช่นนี้แค่เบาะเดียวตรงที่แพทย์ฉุกเฉินใช้ แต่แพทย์ไม่ได้คาด”

“จิตใต้สำนึกของคนใช้รถใช้ถนน ถึงแม้เราจะปฏิบัติตามกฎระเบียบที่วางไว้ มันก็ไม่สามารถที่จะป้องกันได้ ถ้าหากอีกฝั่งหนึ่งไม่มีจิตใต้สำนึกในการใช้รถใช้ถนน”

2.11 รถแท็กซี่ชนรถพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพนักงานขับรถพยาบาล เวลาประมาณ 10.00 น. กำลังเดินทางไปรับผู้ป่วยอาการเหนื่อย หอบมาโรงพยาบาล จุดเกิดเหตุบริเวณ 3 แยก ไม่มีสัญญาณไฟจราจรทางโค้ง เลนสวนทางกันได้ รถพยาบาลอยู่ในเส้นทางรอง ซึ่งได้รอให้รถในเส้นทางหลักไปจนหมดแล้วจึงขับรถพยาบาลด้วยความเร็ว 20 กม./ชม. ตามรถยนต์ส่วนบุคคลที่อยู่ด้านหน้าออกไป ขณะนั้นมีรถแท็กซี่ขับมาโดยไม่ได้เบรกพุ่งชนเข้ากลางลำรถพยาบาล

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลแน่นหน้าอกและปวดหลัง พยาบาลที่นั่งด้านหน้าได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยและพยาบาลที่นั่งด้านหลังรถพยาบาลศีรษะกระแทกกับผนังรถพยาบาล ส่วนรถพยาบาลเสียหายบริเวณประตูด้านซ้ายทั้งแถบจนขับต่อไปไม่ได้

“เราไม่ได้ใช้สัญญาณไฟและเสียงเปิดแล้ววิ่งฝ่าไปเลย ก่อนเกิดอุบัติเหตุมีรถอยู่ก่อนเรา 1 คัน เราก็จอดรอ ซึ่งเราใช้เส้นทางนี้ประจำ เราก็ไม่ได้ไปจี้คันหน้าให้เขาไป แบบว่าไปไล่เขาก็ไม่ใช่ พอรถคันหน้าเขาออก เราก็ออกตาม แต่พอ

ท้ายรถคันหน้าเขาหันไปนิดเดียว พอเราออกไปปั๊มน้ำมัน เราเห็นเหตุการณ์แถวนั้นบอกว่าแท็กซี่ไม่ได้มองเลย ไม่เบรกเลย ก่อนชนเขาหยิบโทรศัพท์ขึ้นมาเหมือนกดอะไรสักอย่าง แล้วมันเป็นช่วงโค้ง”

3. ผลกระทบจากการปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล

จากการศึกษาผลกระทบจากการปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาลของกลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุ จำนวน 20 ราย พบว่า บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้รับบาดเจ็บ จำนวน 17 ราย ญาติผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ 2 ราย โดยพบลักษณะการบาดเจ็บ เช่น แขน-ขาฟกช้ำ, ข้อมือ-ข้อเท้าฉีกขาด กระดูกคอเคลื่อน, เจ็บหน้าอก, อวัยวะบางส่วนถูกตัดจนพิการ และผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ส่วนรถพยาบาลได้รับความเสียหาย จำนวน 18 เหตุการณ์ เช่น ไฟหน้าแตก, กระจกหน้า-หลังแตก, ด้านข้าง ด้านหน้าและหลังรูด

4. พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล

การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล ประกอบด้วยพฤติกรรมความปลอดภัย 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านบุคคล การจัดการด้านรถพยาบาล และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุและกลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุ พบลักษณะพฤติกรรมความปลอดภัย ดังนี้

1. การจัดการด้านบุคคล

1.1 กลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุ

ก่อนปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนปฏิบัติงาน และพนักงานขับรถพยาบาลที่ประสบอุบัติเหตุ 13 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถพยาบาลจำนวน 6 คน ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 3 คน

ขณะปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลส่วนใหญ่ขับรถด้วยความเร็วเกิน 80 กม./ชม. ระหว่างนำส่งผู้ป่วย, ฝ่าสัญญาณจราจร บางรายปฏิบัติหน้าที่ขณะสภาพร่างกายอ่อนเพลียและไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย ส่วนบุคลากรด้านการพยาบาล พบว่า นั่งในที่นี้ไม่เหมาะสม เช่น นั่งเบาะ

หน้ารถพยาบาล 3 คน บางเหตุการณ์ทำให้เกิดการบนรถพยาบาลและไม่เก็บอุปกรณ์ด้านการแพทย์ให้เรียบร้อย

หลังปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลตรวจเช็ครถพยาบาลและบุคลากรด้านการพยาบาลตรวจเช็คอุปกรณ์การแพทย์ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ครั้งต่อไป กรณีที่เกิดเหตุบุคลากรด้านการพยาบาลจะรายงานการเกิดอุบัติเหตุให้ผู้บริหารทราบเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

1.2 กลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุ

ก่อนปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลเตรียมความพร้อมด้านรถพยาบาล ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถพยาบาลและขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด ส่วนบุคลากรด้านการพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมของการส่งต่อผู้ป่วย เช่น ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการออกเดินทาง ตรวจความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติ บุคลากรอุปกรณ์การแพทย์ เอกสารการส่งต่อผู้ป่วยและยานพาหนะ

ขณะปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการของ กระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เช่น ขับรถโดยใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ส่วนบุคลากรด้านการพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานสั่งการ ดูแลคนไข้ ถ้าไม่มีกิจกรรมการพยาบาลจะนั่งคาดเข็มขัดนิรภัย และไม่ทำให้เกิดการขณะรถเคลื่อนที่

หลังปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลทำหน้าที่ตรวจเช็ครถพยาบาลและบุคลากรด้านการพยาบาลตรวจเช็คอุปกรณ์การแพทย์ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ครั้งต่อไป

2. การจัดการด้านรถพยาบาล

2.1 กลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุ

รถพยาบาลเอกชนที่ประสบอุบัติเหตุ จำนวน 12 เหตุการณ์ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และทำประกันภัยรถยนต์ชั้น 1 จำนวน 7 เหตุการณ์ โดยส่วนใหญ่ภายในห้องพยาบาลมีเข็มขัดนิรภัยไม่ครบทุกที่นั่ง ไม่ได้ติดตั้ง GPS และกล้องวงจรปิด รถพยาบาลของรัฐที่ประสบอุบัติเหตุ จำนวน 9 เหตุการณ์ ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด ทำประกันภัยรถยนต์ชั้น 1 จำนวน 7 เหตุการณ์ โดยรถพยาบาลของรัฐรุ่นเก่า ภายในห้องพยาบาลไม่มีเข็มขัดนิรภัย ไม่ได้ติดตั้ง GPS และกล้องวงจรปิด รถพยาบาลมูลนิธิ

ที่ประสบอุบัติเหตุ จำนวน 3 เหตุการณ์ ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด แต่ไม่ได้ทำประกันภัยรถยนต์ชั้น 1 และภายในห้องพยาบาลมีเข็มขัดนิรภัยไม่ครบทุกที่นั่ง ไม่ได้ติดตั้ง GPS และกล้องวงจรปิด

2.2 กลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุ

รถพยาบาลที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุเป็นรถพยาบาลของรัฐทั้งหมด ซึ่งเข้ารับการตรวจสภาพและขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกคัน โดยรถพยาบาลของรัฐรุ่นใหม่ภายในห้องคนขับและห้องพยาบาลมีเข็มขัดนิรภัย ครบทุกที่นั่ง ติดตั้ง GPS กล้องวงจรปิดและทำประกันภัยรถยนต์ชั้น 1 ทุกคัน

3. การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มเคยประสบอุบัติเหตุและกลุ่มไม่เคยประสบอุบัติเหตุ เมื่อได้รับการแจ้งเหตุจะศึกษาเส้นทางเพื่อวางแผนการเดินทางไปยังจุดเกิดเหตุในเส้นทางที่ปลอดภัยและรวดเร็วที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์อุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล พบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาล เคยประสบอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงานทั้งจากอุบัติเหตุรถพยาบาลถูกชน (เช่น รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนบุคคล รถแท็กซี่) และชนคันอื่น (เช่น รถยนต์ส่วนบุคคล ขนรถเมล์ ขนท้ายรถไถนา ขนท้ายรถพ่วง รถแทรกเตอร์) ขนฟุตบอล เสียหลักลงข้างทาง ตกสะพาน และอุบัติเหตุจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เข็มทิ่มตำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและอุบัติเหตุจราจรระหว่างการปฏิบัติงานของคนขับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน รายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาการทำงาน จำนวน 56 ครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอุบัติเหตุจราจร คือ การชนยานพาหนะคันอื่น (ร้อยละ 67.80 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทั้งหมด) ในระหว่างช่วงเวลา 20.01-24.00 น. (ร้อยละ 33.90) ด้วยความเร็วในการขับขี่ 81-100 กิโลเมตร/ชั่วโมง (ร้อยละ 42.90) และทำให้เกิดการบาดเจ็บเล็กน้อยต่อคนขับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน (ร้อยละ 80.40)¹⁰

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการ

ฉุกเฉินในรถพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น พนักงานขับรถพยาบาลมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และฝ่าสัญญาณจราจร ส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่นั่งในที่ที่เหมาะสม มีการทำหัตถการขณะรถพยาบาลเคลื่อนที่ และไม่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ปัจจัยด้านพาหนะ เช่น ภายในห้องพยาบาลมีเข็มขัดนิรภัยไม่ครบทุกที่นั่ง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บริเวณทางแยก ทางหลวงชนบท ถนน 2 เลนสวนทางกันและไม่มีไฟส่องสว่างข้างทาง ถนนเขตชุมชนเมืองที่สภาพการจราจรติดขัด ถนนชำรุด อยู่ระหว่างการซ่อมแซม บริเวณทางโค้งบนภูเขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลในประเทศไทย พบว่า สาเหตุที่อาจมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัยในรถพยาบาล เช่น ด้านบุคคล พชร.ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรขับรถพยาบาล ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 90 กม./ชม. ด้านรถพยาบาล รถและอุปกรณ์ภายในรถไม่ได้รับการตรวจสภาพและขึ้นทะเบียนในระบบ อุปกรณ์ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ติดตั้ง GPS ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นถนนนอกชุมชนที่ใช้ความเร็วได้ค่อนข้างมาก มีลักษณะเป็นทางโค้ง ถนนเลนคู่ ด้านสังคม ที่เกิดเหตุอยู่ใกล้ตลาดนัด ใกล้โรงงาน เป็นแหล่งคนพลุกพล่าน เป็นฤดูฝนผลผลิตทางการเกษตร มีการปิดช่องจราจรแต่ไม่มีป้ายบอกที่เห็นได้ชัดเจน ซึ่งพนักงานขับรถไม่คุ้นเคยลักษณะเหล่านี้⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันอุบัติเหตุรถชน : สถานะและความท้าทายของปัญหาในปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ ได้แก่ ประสบการณ์การขับขี่ พฤติกรรมการขับขี่ เพศ อายุ ปัจจัยด้านยานพาหนะ ได้แก่ ลักษณะรถ รถฉุกเฉิน บางคันดัดแปลงมาจากรถโดยสาร สัญญาณไฟและเสียงไซเรน ปัจจัยด้านกิจกรรม ได้แก่ การสื่อสาร การค้นหาเส้นทาง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศ สภาพถนน โดยทางแยกและขนาดของทางแยกส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถพยาบาลในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าร้อยละ 50 ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย และนอกจากนี้ยังพบว่าระบบเข็มขัดนิรภัยที่จัดทำ

ขึ้นไม่รองรับสำหรับผู้ป่วย และกรณีที่บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินใช้เข็มขัดนิรภัยแล้วทำให้ไม่สามารถโค้งตัวจนถึงผู้ป่วยได้ หากต้องทำ CPR หรือใส่ท่อช่วยหายใจจำเป็นต้องถอดเข็มขัดนิรภัย จึงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ¹² สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยความเสี่ยงขณะปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (Paramedic) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ การขาดการฝึกอบรมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การขาดสมาธิในการขับขีรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ทักษะนิสัยในการขับขีที่ไม่ดี และความประมาทของผู้ใช้ถนนร่วม¹³ และสอดคล้องกับทฤษฎีสามเส้าทางระบาดวิทยา ซึ่งการเกิดปัญหาด้านสุขภาพทุก ๆ อย่าง มีปัจจัยพื้นฐานสำคัญมาจาก "ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา" เสมอ กล่าวคือ ต้องมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านตัวมนุษย์ (Host) ปัจจัยด้านสิ่งก่อโรค (Agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ถ้าปัจจัยทั้งสามอยู่ในภาวะสมดุล ปัญหาทางสุขภาพในชุมชนจะไม่เกิดขึ้น¹⁴

พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล เช่น ไม่ปฏิบัติงานขณะร่างกายอ่อนเพลีย ขับรถตามมาตรฐานหลักสูตรการขับรถพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เช่น ขับรถโดยใช้ความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. และคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง มีการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการออกเดินทาง ไม่ทำเหตุการณ์ขณะรถเคลื่อนที่ หากจำเป็นต้องทำเหตุการณ์จะหยุดรถในที่ปลอดภัยและจะถอดเข็มขัดนิรภัยเมื่อรถพยาบาลจอดสนิทเท่านั้น และตรวจสอบการจัดวางอุปกรณ์การแพทย์บนรถพยาบาลให้ถูกที่และเป็นระเบียบ เป็นปัจจัยป้องกันต่อการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญใน

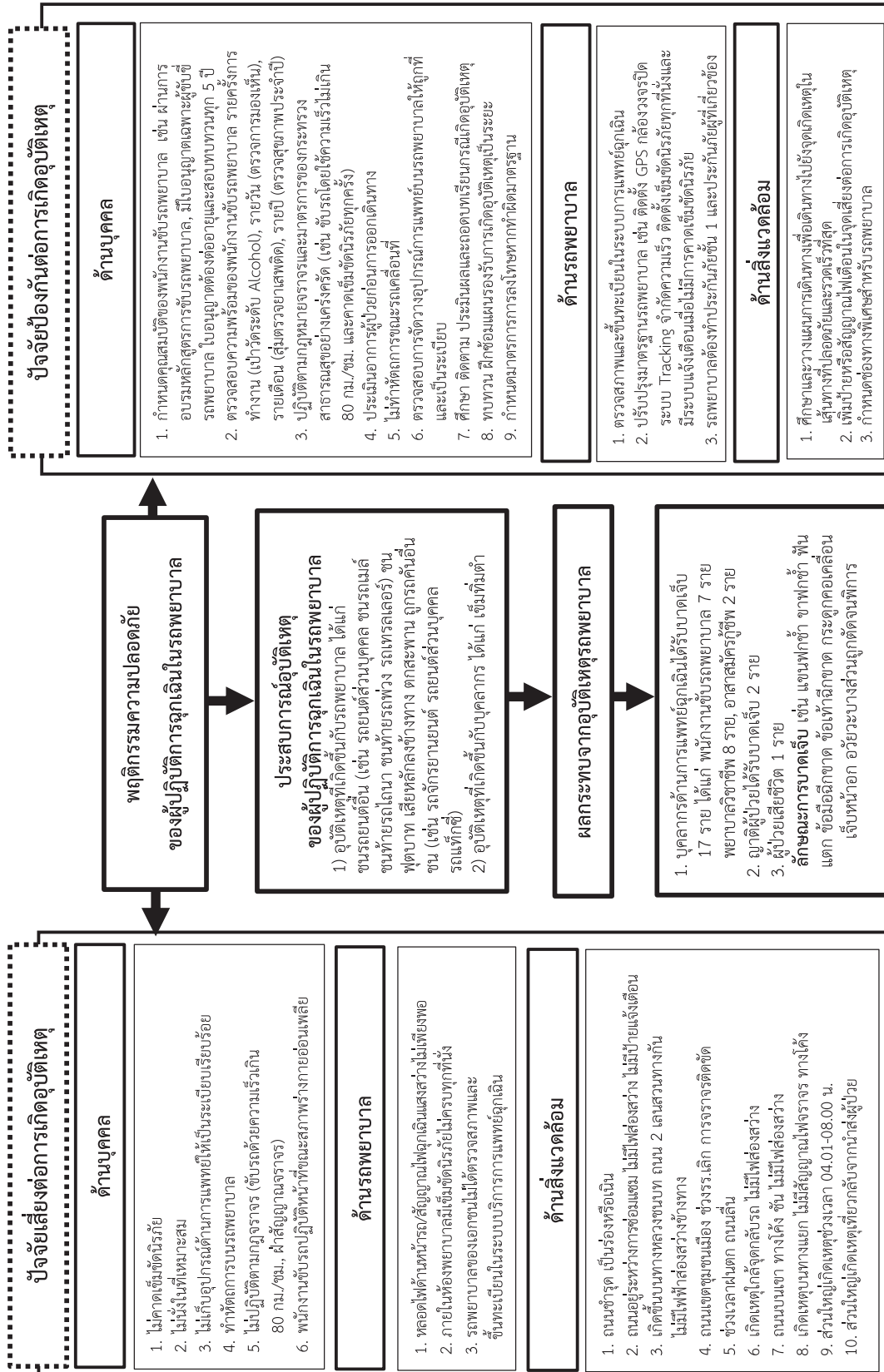
การเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ สามารถปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้งที่ขับรถพยาบาล (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 70.20) และขับรถพยาบาลด้วยความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (ร้อยละ 97.90) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพนักงานขับรถพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53$, $SD. = 0.43$)¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เกิดจากการขาดพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญ ดังนั้นการแก้ไขปัญหามุติเหตุรถพยาบาล จึงมุ่งเน้นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาลควรปฏิบัติตามกฎหมาย/มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด เช่น คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง จำกัดความเร็วรถพยาบาลไม่เกิน 80 กม./ชม. ห้ามทำเหตุการณ์ขณะรถเคลื่อนที่และห้ามฝ่าสัญญาณไฟแดงทุกกรณี ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงพักผ่อนให้เพียงพอ ต้องไม่เป็นผู้ติดสิ่งเสพติดทุกประเภทอบรมหลักสูตรการขับรถพยาบาลและหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็นศึกษา ติดตาม ประเมินผลและถอดบทเรียนกรณีอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและฝึกซ้อมแผนรองรับการเกิดอุบัติเหตุเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษานี้ทำให้ทราบประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งการศึกษารังต่อไปควรทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุของรถพยาบาล การประเมินผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความสูญเสียทางแรงงานและผลผลิต ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รวมถึงค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับยานพาหนะและทรัพย์สินอื่นๆ



แผนภาพสรุปประสบการณ์อุบัติเหตุและพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในรถพยาบาล

References

1. National Institute for Emergency Medical. Emergency Medical Act B.E.2551 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 30]. Available from : https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255601101636362435_c2ps85DUy7tpW0yp.pdf
2. National Institute for Emergency Medical. National Emergency Medical Master Plan 2019-2021 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 30]. Available from : https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf
3. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. Ministry of Transport. Road accident situations [Internet]. 2019 [cited 2019 May 1]. Available from: http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2561-07/25610726-analyze.pdf.
5. National Institute for Emergency Medicine. Strengthen the system Annual Report 2018. Nonthaburee: National Institute for Emergency Medicine; 2019. (in Thai).
6. Bangkok Emergency Medical Service Center. Annual Report 2017 [Internet]. 2019 [cited 2019 August 18]. Available from: <http://www.bangkokems.bangkok.go.th/wpcontent/uploads/2020/03/Annual-report.pdf>
7. Sethasathien A, Sirisamutr T, Wachiradilok P, Dairoob S, Nimma S. Situation and causes of ambulance crash in Thailand. Journal of Health Systems Research 2015;9(3):279-93. (in Thai).
8. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. Mosby Elsevier 2020;5:93-105.
9. Sutheewasinon P, Pasunon P. Sampling strategies for qualitative research. Parichart Journal of Thaksin University 2016;29(2):31-48. (in Thai).
10. Patcharatanasan N, Ekburanawat W, Kanoungkid R, Punyaratabandhu M. Health hazards and traffic accidents during the operations of emergency vehicle drivers. Disease Control Journal 2016;42(4): 304-14. (in Thai).
11. Hsiao H, Chang J, Simeonov P. Preventing emergency vehicle crashes: status and challenges of human factors issues. Human factors 2018;60(7):1048-72.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ambulance crash-related injuries among Emergency Medical Services workers - United States, 1991-2002. Morbidity and mortality weekly report 2003;52(8):154.
13. Koski A, Sumanen H. The risk factors Finnish paramedics recognize when performing emergency response driving. Accident Analysis & Prevention 2019;125:40-8.
14. Losunthorn P. Epidemiology. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
15. Khampor K. The study of the relationship between personal health care behaviors and quality of working life of ambulance drivers in Maha Sarakham province. Mahasarakham Hospital Journal 2019;16(1):44-52. (in Thai).

บทความวิจัย

การรับรู้ของชุมชนชนบทต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน Rural Community Perceptions of Dementia in Older People and its Prevention

Received: Apr 7, 2020

Revised: May 25, 2020

Accepted: May 29, 2020

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ ปร.ด.(Sirimart Piyawattanapong, Ph.D)¹มยุรี ลิทองอิน Ph.D.(Mayuree Leethong-in, Ph.D)²สุทธินันท์ สุบินดี ปร.ด.(Suttinan Subindee, Ph.D)³พัชร โชติชัยสถิตย์ พย.ม. (Patchara Chotchaisthit, M.N.S)⁴ปริศนา สังคัพฒน์ พย.บ.(Prisana Sungkaput, B.S.N)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้นเนื่องจากประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้น หากสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในหมู่บ้านสองแห่งในตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 44 คน ที่ได้จากการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า ชุมชนมีการรับรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นการลืมหรือจำไม่ได้อย่างถาวร โดยรับรู้เหตุปัจจัยของภาวะสมองเสื่อมว่าเกิดจาก ความเผ่าความแก่ การอยู่ตามลำพังไม่ค่อยได้มีสังคม การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เครียดรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ สารเสพติด พักผ่อนไม่เพียงพอ นำสู่การรับรู้วิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เน้นการจัดกิจกรรมที่สนุกสนานและได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน โดยการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุดังนี้ 1) กิจกรรมย้อนวิถีชีวิตวันวาน 2) กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ 3) กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) กิจกรรมที่เป็นประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา 5) การออกกำลังกายที่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเบา ๆ 6) การท่องเที่ยวบ่อย ๆ 7) การอ่าน เขียน และเล่าเรื่อง และ 8) การให้ความรู้และรณรงค์การป้องกันสมองเสื่อม

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: psirim@kku.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: mayuree@kku.ac.th

^{3,4}อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ³E-mail: ssuttin@kku.ac.th, ⁴Email: patcharch@kku.ac.th

⁵พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโคกงาม จังหวัดขอนแก่น, E-mail: Chom_pris@hotmail.com

^{1,2,3,4}Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

⁵Khokngam Sub-district Health Promoting Hospital, Khon Kaen, Thailand

สรุปผล: ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางให้หน่วยงาน องค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจถึงการรับรู้ในมุมมองของชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน

ข้อเสนอแนะ: เป็นแนวทางสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบและกิจกรรมที่ส่งเสริมการรู้คิดเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

คำสำคัญ: การรับรู้, ชุมชนชนบท, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, การป้องกัน

Abstract

Introduction: Dementia can be found more commonly because people have a longer life expectancy. Thus, if this is appropriately controlled, resulting in older persons having a better quality of life.

Research objectives: This study aimed to explore the community's perception of dementia and dementia prevention in older persons in rural area.

Research methodology: This qualitative study was conducted in two villages in a sub-district in Ban Fang, Khon Kaen province. Forty-four key informants were purposively selected. They were older persons and those involved in caring for the older persons. Data were collected using focus group and in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis.

Results: Findings showed that those in the community were aware of dementia as being permanently forgotten or unable to remember. The factors related to dementia included senescence, loneliness without social interaction, less exercising, stress, unhealthy food, substance abuse, and sleep deprivation. Dementia prevention in older persons should employ fun activities with interacting with other older persons including: 1) activity for thinking of the past days in life; 2) activity for occupation promotion; 3) activity for preservation of local wisdom; 4) activity related to traditions, cultures, and religions; 5) activity for exercise with light physical movement; 6) frequent memorization; 7) reading, writing, and recounting stories; and 8) educating and campaigning for dementia prevention.

Conclusions: The results of this study provide a guide for agencies, organizations and stakeholders to understand the community's perceptions of dementia and the prevention.

Implications: The findings provide guidance for stakeholders to develop cognitive-promoting models and activities to prevent dementia tailored to the needs and contexts of the elderly in rural communities.

Keywords: perception, rural community, older persons, dementia, prevention

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรไทยและโลกที่มีอายุเฉลี่ยยาวนานขึ้น¹ โดยอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 5 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นจาก 60 ปี² จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน³

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาโดยมีความเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่นและมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ มีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด และการตัดสินใจ⁴ อาการของภาวะสมองเสื่อมจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป² เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด⁵ ส่งผลให้ครอบครัวหรือญาติได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะการที่ต้องรองรับปัญหาทางจิต อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการทำงาน รายได้ลดลง⁶ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁷ ถึงแม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางกายบางประเภทจะสามารถรักษาได้ แต่ภาวะสมองเสื่อมปฐมภูมิที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมองโดยไม่ทราบสาเหตุเช่นนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้รักษาเพียงยืดระยะเวลาของการดำเนินของโรคออกไป โดยเชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรค^{4,6} ในปัจจุบันวิธีที่ดีที่สุดคือ การมุ่งเน้นการชะลอภาวะสมองเสื่อม⁸ ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือและพึ่งพิงตนเองให้ได้มากที่สุด⁵

องค์การอนามัยโลกเสนอให้ทุกประเทศจัดทำโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับชาติ โดยเน้นการวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่ม การกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของโรค การคัดกรองหรือประเมินการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การบำบัดและฟื้นฟูความสามารถในการคิดและสติปัญญาตั้งแต่

ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ คนไทยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแก่ครอบครัวและสังคมไทยในอนาคต⁶

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุนานเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอาศัยกับครอบครัวในชนบทมากถึงร้อยละ 71.05 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง 60-79 ปี ถึงร้อยละ 56.40 รวมทั้งได้รับการศึกษาดำเนินการประถมศึกษาปีที่ 4 และไม่มีการศึกษาถึงร้อยละ 89.74⁹ มีผลการวิจัยบ่งชี้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น¹⁰ หรือภาวะสมองเสื่อมในประเทศที่กำลังพัฒนา¹¹ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มหรือความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้สูง ผู้สูงอายุที่อาศัยในชนบทจึงเป็นกลุ่มใหญ่ที่ควรให้ความสนใจในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การที่บุคลากรสุขภาพจะตอบสนองหรือจัดการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน จำเป็นต้องใช้มุมมองในหลายมิติเนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวม บุคลากรสุขภาพจึงควรคำนึงถึงบริบทที่กลุ่มคนอาศัยอยู่เนื่องเพราะมีอิทธิพลต่อมุมมอง ประสบการณ์และการกระทำของกลุ่มคนนั้น¹² สอดคล้องกับแนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่” ที่ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพที่ควรสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และ วัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน¹³

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ยังมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่หันมามองของชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมในบริบทของอีสาน ดังการศึกษาของ Subindee และ Sangchart¹⁴ ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใน 2 มิติ คือ การรับรู้ตามมิติทางการแพทย์ ได้แก่ โรคพันธุกรรมที่เป็นแล้วไม่หาย ผลจากการดื่มสุรา คนมีความหลง และอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม และมีมิติทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ โรคคนเฒ่าคนแก่ ผิทำ เป็นบ้า เป็นประสาท วุฒิภาวะเหมือนเด็ก ลืมวิธีกินวิธีอยู่ ภาระและ

ทุกข์ของครอบครัว สำหรับองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยของภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ให้องค์ความรู้ที่มาจากภาควิชาชีพ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากมุมมองของคนในชุมชนเพราะการรับรู้เป็นการแปลความตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล¹⁵ ที่เป็นการรับรู้ภายใต้ความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ ซึ่งผลจากการรับรู้และให้ความหมายจะขึ้นนำพฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์¹² ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าการรับรู้ของชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ และแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยขึ้นำการพัฒนาแนวทางในการสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ และการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

พื้นที่ในการศึกษา เป็นหมู่บ้าน 2 แห่งในตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชุมชนชนบท มีจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 16.10 จากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90.30 จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม และหมู่บ้าน 2 แห่งที่เป็นพื้นที่ในการวิจัย เป็นชุมชนที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลหรือจัดกิจกรรมการบริการทางสุขภาพหรือทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 44 คน ประกอบด้วยบุคลากรจาก 3 ส่วน ดังนี้

1) ภาคสังคม (นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล รองปลัดเทศบาล ประธานสภาเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน

ตัวแทนครูและนักเรียน หัวหน้าการศึกษานอกโรงเรียน นักวิชาการศึกษา) จำนวน 11 คน

2) ภาคประชาชน (เจ้าคณะตำบล ภิกษุนักพัฒนา ผู้ใหญ่บ้าน ประธานและเลขาชมรมผู้สูงอายุ) จำนวน 6 คน ส่วนผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 20 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุดังนี้ เป็นผู้ที่มิอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้นมากกว่า 17 คะแนนสำหรับผู้ที่จะระดับประถมศึกษา หรือคะแนนมากกว่า 22 คะแนนสำหรับผู้ที่จะสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนที่ศึกษา อาศัยอยู่กับครอบครัว ยังมีภาวะสุขภาพดีจัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม และ

3) ภาคสุขภาพ (ผู้อำนวยการรพ.สต. พยาบาล วิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการวิจัย ซึ่งจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ศึกษาเพื่อสามารถเข้าถึงความรู้ความจริงในประเด็นที่ศึกษา โดยมีเครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และได้นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบแนวคำถาม ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะสมองเสื่อม ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยคำถามหลัก คือ ท่านเคยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมาก่อนหรือไม่อย่างไร ท่านคิดว่ามีสาเหตุหรือปัจจัยอะไรที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ท่านคิดว่าจะมีวิธีการ/แนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างไร วิธีการ/แนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนี้ควรเป็นอย่างไร และ 2) อุปกรณ์บันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนามและเครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622121 และได้ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเพื่อเข้าทำการวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการสากลของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้ 1) ความเคารพในบุคคล ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอคำยินยอม โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจได้เองในการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัย 2) หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย ผู้วิจัยได้มีการอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยต่อส่วนรวม เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเต็มใจที่จะแบ่งปันประสบการณ์อย่างมีจุดมุ่งหมายด้วยความเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของบทบาทตนเอง และ 3) หลักความยุติธรรม เป็นการปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562 ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่กล่าวมาข้างต้น ทำการจัดกลุ่มสนทนาที่ห้องประชุมของรพ.สต. แยกเป็นกลุ่มของระดับผู้บริหารและแกนนำชุมชน (รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล รองปลัดเทศบาล ประธานสภาเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล ผู้อำนวยการโรงเรียน หัวหน้าการศึกษาออกโรงเรียน เจ้าคณะตำบล ผู้อำนวยการรพ.สต. ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ) และกลุ่มของระดับผู้ปฏิบัติ (ภิกษุณีนักพัฒนา นักพัฒนาชุมชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ ครูประจำศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ครูโรงเรียนประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบการจัดกิจกรรมของโรงเรียนร่วมกับชุมชนและประธานนักเรียน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) มีการจัดกลุ่มสนทนากลุ่มละ 2 ครั้ง โดยมีส่วนร่วมสนทนากลุ่มไม่ซ้ำกันขึ้นกับเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก แต่แต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมกลุ่มประมาณ 6-8 คน ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 60-90 นาที ส่วนผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวทำการสัมภาษณ์ที่บ้านโดยแยกสัมภาษณ์ทีละคน ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 45 นาที ระหว่างการสนทนา

กลุ่มและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการจับประเด็นของข้อมูลและจัดบันทึกสรุปสั้น ๆ พร้อมกับการบันทึกเสียงการสนทนาภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้มีการถอดเสียงการสนทนาและการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ แล้วอ่านทำความเข้าใจความหมายต่าง ๆ หากพบว่าส่วนใดมีความหมายไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายรายละเอียด ผู้วิจัยมีการนำกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งจนข้อมูลมีความสมบูรณ์และตอบโจทยวิจัย

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และมีการเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริง รวมทั้งการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ศึกษา และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายภาคส่วน และใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีทั้งการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจนในผลการวิเคราะห์ มีการนำเสนอผลการศึกษาผ่านเวทีประชาคมระดมสมองวางแผนพัฒนารูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹⁶ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังการเก็บข้อมูล โดยมีการนำข้อมูลมาจัดระเบียบและตรวจสอบข้อมูล จับประเด็นสำคัญเพื่อให้รหัสข้อมูล จากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อมูล และสร้างประเด็นหลัก 4 ประเด็น คือ 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ 3) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ 4) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมาจาก 3 ภาคส่วน ประกอบด้วย 1) ภาคประชาชน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.66) อายุ 35-78 ปี อายุเฉลี่ย 50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50) สำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุ 60-78 ปี อายุเฉลี่ย 67.90 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุ 37-55 ปี อายุเฉลี่ย 44.90 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) และสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 100) 2) ภาควิชาสังคม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.54) อายุ 14-69 ปี อายุเฉลี่ย 40.90 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.63) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.81) และ 3) ภาควิชาสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.42) อายุ 35-66 ปี อายุเฉลี่ย 52.25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 71.42) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 100)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ชุมชนรับรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง “การลืมหรือจำไม่ได้อย่างถาวร” โดยรับรู้เหตุปัจจัยการเกิดภาวะสมองเสื่อมว่าเกิดจากความเผลอความแก่ การอยู่ตามลำพังไม่ค่อยได้มีสังคม ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เครียด การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การเสพสารเสพติด พักผ่อนไม่เพียงพอ นำสู่การรับรู้วิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เน้นการทำให้กิจกรรมที่สนุกสนานได้พบปะเพื่อนวัยเดียวกัน การท่องจำบ่อย ๆ การอ่าน-เขียน-เล่าเรื่อง การให้ความรู้และรณรงค์ป้องกัน การเกิดสมองเสื่อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ “ภาวะสมองเสื่อม” มาจากช่องทางหลากหลาย ชุมชนส่วนใหญ่มีการรับรู้คำว่า “สมองเสื่อม” มาจากหลายช่องทาง โดยส่วนใหญ่รับรู้จากสื่อทีวีที่มีการให้ความรู้หรือการโฆษณาต่าง ๆ เกี่ยวกับสมองเสื่อม และการรับรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต การส่งข้อมูลให้กันและกันในกลุ่มไลน์ และได้ยินคำว่า “สมองเสื่อม” จากการเข้าร่วมอบรมการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งการพูดคุยกันในชุมชน โดยคำว่า “สมองเสื่อม” ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้คำอื่น ๆ แทน เช่น “ความจำเสื่อม” หรือ “อัลไซเมอร์” ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคิดว่าคำดังกล่าวมีความหมายเหมือนกัน โดย “อัลไซเมอร์” เป็นคำที่ได้ยินจากทีวี จากการพูดคุยปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำที่ถูกพูดในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา ที่เป็นการกล่าวถึงคนที่มี

ลักษณะขี้หลงขี้ลืม หรือการพูดในเชิงหยอกล้อคนที่มีการหลงลืม คนที่ความจำไม่ได้

2.2 การให้ความหมายของ “ภาวะสมองเสื่อม” คือ จำอะไรไม่ได้...การลืมถาวร ชุมชนมีการให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง “ลืม-จำไม่ได้” โดยคำว่า “ลืม” หรือ “จำไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีความหมายเดียวกัน “สมองเสื่อม” คือ คนที่จำอะไรไม่ได้เลย คือลืมไปเลย ซึ่งคนอีสานจะเรียกการจำไม่ได้ว่า “ลืม” ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “ภาษาลาวว่า “ลืม” ภาษาไทยว่า “จำไม่ได้ (จำไม่ได้)” (CG อายุ 41 ปี) ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่อาการเฉียบพลันแต่มีลำดับของความเสื่อม โดยมีลำดับขั้นคือ เมื่อเริ่มเสื่อมจะมีอาการ “หลง ๆ ลืม ๆ” หรือ “ลืมชั่วคราว” และเมื่อความเสื่อมเกิดขึ้นถาวรจะมีอาการ “ลืมถาวร” ดังนี้

2.2.1 หลง ๆ ลืม ๆ ...คือเริ่มแรกของสมองเสื่อม ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าลักษณะของสมองเสื่อมเริ่มแรกจะนำด้วยอาการหลง ๆ ลืม ๆ ลืมง่าย ลืมบ่อย ต้องใช้เวลาคิดจึงจะจำได้เพราะสมองเริ่มเสื่อม ทำให้คิดได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียบเรียง ซึ่งเป็นการลืมแบบชั่วคราว ลืมชั่ววูบ ลืมแป๊บ ๆ ลืมสักระยะ เป็นความจำเสื่อมชั่วคราว จัดเป็นความจำเสื่อมระดับน้อยหรือเข้าข่ายสมองจะเริ่มเสื่อม โดยจะจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ แต่อาจจำได้หากใช้เวลาในการนึกทบทวน หรือบางอย่างจำได้บ้างไม่ได้บ้าง ซึ่งอาการจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการใช้คำว่า “หลงลืม” ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า คำว่า “หลง” กับ “ลืม” มักจะเป็นคำที่พ้องมาด้วยกันแต่มีความต่างกันอยู่บ้างกล่าวคือ หลงจะมีอาการน้อยกว่าลืม หลงมีลักษณะที่ยังสามารถคิดทบทวนและทำให้ระลึกและจำได้ หรือเป็นลักษณะของการจะทำให้กิจกรรมอย่างหนึ่งแต่กลับไปทำกิจกรรมอีกอย่าง แต่ลืมจะมีอาการมากกว่าคือจำไม่ได้เลย เมื่อใช้คำว่า “หลง ๆ ลืม ๆ” จะมีความหมายถึงการลืมที่ยังนึกทบทวนและระลึกได้ เป็นลักษณะของการลืมชั่วคราว

2.2.2 ลืมถาวร..คือสมองเสื่อม การลืมอย่างถาวร คือ การจำไม่ได้เลย ไร้ซึ่งความทรงจำ จัดเป็นความจำเสื่อมแบบถาวร หรือ “เสื่อมมาก” มีลักษณะสำคัญคือ จำอะไรไม่ได้เลย ลืมหมดทุกอย่าง หรือ “ลืมแสบ (ลืมอย่างมาก)” เช่น จำคนคุ้นเคยไม่ได้ ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นใคร

พูดไม่รู้เรื่อง พูดเรื่อยเปื่อย มีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น เดินไปเรื่อยเปื่อย หลงทิศหลงทาง หยิบเอาสิ่งของของผู้อื่นไป มีบางคนที่มีอาการประสาทหลอน เห็นโน้นเห็นนี่ เช่น คิดว่า จะมีคนมาฆ่า สุดท้ายคนสมองเสื่อมไม่สามารถจะดูแลตัวเองได้ “สมองเสื่อมนี้คือจำยังไม่ได้เลยแม้ว่าออกจากบ้านก็กลับบ้านไม่ถูกแล้ว เสื่อมแล้ว จำไม่ได้ ลูกกะจำได้ สมองเสื่อมแล้วอาจจะทำอะไรไม่ได้เลย ลืมชดลูกชดหลาน ลืมชดเขียนเจ้าของ ไม่รู้จักตัวเอง ไม่รู้จักคนรอบข้าง ไม่รู้ด้วยซ้ำว่าตัวเองกินข้าวหรือยัง อาบน้ำไปปู้ เอาไปเอามาจนถึงอาการดูแลตัวเองไม่ได้ ความทรงจำมีเลย” (รองนายกเทศมนตรี อายุ 65 ปี)

2.3 เหตุปัจจัยที่นำสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อม
ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นต่อเหตุปัจจัยที่นำสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

2.3.1 ความเผาะความแก่ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า ความจำเสื่อมเป็นกระบวนการตามปกติของคนสูงอายุ คนอายุมากแล้วมักหลง ๆ ลืม ๆ ถือเป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุ เป็นไปตามอายุที่ร่างกายจะเสื่อมโทรมลง เสื่อมทุกอวัยวะ สมองก็เช่นกันที่เริ่มเสื่อมถอยตามอายุเพราะถูกใช้งานมามาก จึงทำให้เซลล์สมองเสื่อมตามสภาพ “คือเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุทุกคน 100 เปอร์เซ็นต์นะพ่อว่า เพราะว่าธรรมชาติเนาะ” “คิดว่าสูงอายุนะ มันกะลึค่อยเสื่อมไป สมองมันอาจจะใช้งานมาเยอะมันเป็นสมองเสื่อมตามธรรมชาติ ตามกาลเวลา ตามอายุเป็นธรรมชาติของมนุษย์สมอง” (ประธานร.ร.ผู้สูงอายุ อายุ 78 ปี)

2.3.2 การอยู่ตามลำพังไม่ค่อยได้มีสังคม ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่แต่ที่บ้าน ไม่ค่อยได้ทำอะไร ไม่ค่อยได้ออกนอกบ้าน ไม่ได้ออกไปเที่ยว ทำให้ไม่ค่อยได้พูดคุย ไม่ได้มีสังคมกับใคร จึงทำให้ไม่ค่อยได้ใช้สมองคิดเรื่องนั้นเรื่องนี้ สมองจึงไม่ได้รับการพัฒนา การไม่ค่อยได้ใช้สมองในแต่ละวันทำให้ระบบสมองทำงานได้ลดลง ความจำจึงถดถอย ทำให้ลืมนง่าย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ชั้นบ่กินมันเน่า ชั้นบ่เล้ามันลืม” (ผู้สูงอายุชาย อายุ 71 ปี) อีกทั้งคนที่อยู่แต่บ้านก็จะเกิดความหงอยเหงาอยู่ก้นกับตัวเอง ทำให้เครียดไม่ไร้ระบายออก ทำให้สมองไม่ได้คิด สมองก็จะท้อและฝ่อ สมองจึงเสื่อมลงเรื่อย ๆ

2.3.3 ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย คนที่ได้ออกกำลังกายจะช่วยให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงสมอง จึงช่วยให้สมองปลอดโปร่ง ส่วนคนที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายทำให้เลือดลมไม่ดี สมองก็จะล้า ไม่ปลอดโปร่ง ความคิดอ่านจะไม่ลื่นไหล สมองทำงานช้าลง และเสื่อมถอยลง “คนไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายเลือดก็ไม่ได้เดิน ลมก็ไม่เดิน เลือดลมไม่ดีมันก็ไปหมดทุกอย่างละครับ อาจจะป่วยเลย ผลต่อสมองคือสมองไม่เคลื่อนไหวใครครับ สมองไม่ได้ใช้ผมว่ามันตายด้านนั่นละ” (ผู้สูงอายุชาย อายุ 75 ปี) “แล้วก็ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือเปล่านั้นประมาณนี้ละมันก็ทำให้สมองล้า” (นักพัฒนาชุมชน อายุ 41 ปี)

2.3.4 เครียด-คิดมาก การคิดมากเกินไปหลายอย่างหลายเรื่องและความเครียดจะทำให้สมองล้า สมองทำงานได้ไม่เต็มที่ คิดอะไรแปลกใหม่ไม่ค่อยได้ คิดไม่ค่อยออก และการคิดมากยังทำให้บุคคลนั้นอยู่แต่กับตัวเองไม่ค่อยได้พูดคุยกับใคร สมองจึงถดถอยลงเรื่อย ๆ ทำให้หลงลืมง่าย “อาจจะเกิดจากความเครียด คิดหลายอย่าง พอเราไปคิดเรื่องนี้แล้วเรื่องที่ผ่านมามันก็ลืมไปอะไรอย่างงี้ละ ในเวลาที่เรเครียดมาก ๆ เนี่ยมันจะคิดอะไรไม่ออกเลยละ” “คนที่คิดมาก กลุ้มใจมาก จะทำให้บุคคลนั้นอยู่แต่กับตัวเอง ไม่ได้พูดคุยกับใคร สมองก็จะเสื่อม” (ครูคน. อายุ 40 ปี)

2.3.5 อาหารที่มีสารพิษ-อาหารที่ไม่มีประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า ปัจจุบันอาหารต่าง ๆ มีสารพิษ ทำให้มีการสะสมสารพิษในร่างกาย จึงทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและมีผลกระทบต่อระบบประสาท อีกทั้งการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ฟาสต์ฟู้ด ทำให้ไม่มีอาหารที่มีประโยชน์ที่จะไปบำรุงสมอง ทำให้สมองไม่ได้รับการพัฒนา สมองจึงเสื่อมถอยลง “เกิดจากทานอาหารที่ไม่ค่อยมีประโยชน์ ทานอาหารพวกฟาสต์ฟู้ดอย่างนี้ละ มันอาจไม่ครบ 5 หมู่ แล้วมันไม่มีส่วนที่จะไปบำรุงสมองเราได้” (ครูร.ร. อายุ 36 ปี)

2.3.6 สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลคิดเห็นว่า ในสังคมปัจจุบันผู้คนมีการใช้สารเสพติดมากขึ้น มีการดื่มเหล้าขาว เสพยาบ้า ทำให้มีผลต่อสมอง มีอาการเบลอ คิดอะไรไม่ค่อยออก สมองสั่งการได้ช้า จึงทำให้ความจำเลอะเลือน “จะเกิดจากพวกยาเสพติด ภัยุขานี้แหละ กินเหล้ากะลืม มันทำให้สมองเสื่อม...” (สมาชิกครอบครัว อายุ 51 ปี)

2.3.7 พักผ่อนไม่เพียงพอ การที่ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้สมองไม่ปลอดโปร่ง เกิดความล้า ทำให้ความคิดอ่านช้าลง ไม่สามารถคิดสิ่งใหม่ๆ ได้ ทำให้สมรรถภาพสมองถดถอยลงเรื่อย ๆ “ร่างกายเราพักผ่อนไม่เพียงพอ...สมองล้ามันทำงานได้ไม่เต็มที่ เรื่องอะไรแปลกใหม่ นี่มันคิดไม่ค่อยได้ นึกไม่ค่อยออก เพราะสมองรู้สีกว่ามันถดถอยลง แล้วค่อย ๆ แย่ลงเรื่อย ๆ” (นักวิชาการศึกษา อายุ 40 ปี)

2.4 การป้องกันสมองเสื่อม...ควรทำกิจกรรมที่สนุก ๆ ได้พบปะเพื่อนเพื่อกระตุ้นให้สมองทำงาน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าแนวทางการป้องกันสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน คือ การส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้สมองได้ทำงาน ได้คิดวิเคราะห์ ได้โต้ตอบ จะช่วยให้สมองได้ฟื้นตัว “ถ้าสมองมันเข้าสนิม มันไม่คม คนเราต้องได้ใช้หู ใช้ตา ใช้ปาก เพราะการที่ได้พูดออกมาทุกที่ใช้ฟัง ตาได้เห็นมันก็เข้าสมองเรา ถ้าเราไม่ได้พูดก็เหมือนน้ำท่วมปาก ใช้มือใช้เท้าทาง สมองก็จะได้ทำงาน” (ประธานชมรมผู้สูงอายุ 69 ปี) โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน ได้พบปะเพื่อนวัยเดียวกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุ “ม่วน” (สนุก) สัมผัสความสุขความยาก ไม่คิดมาก เพลิดเพลินมีความสุข ให้สมองได้หัวเราะ จะช่วยให้จิตใจผู้สูงอายุดีขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีความสุขจิตใจเบิกบานก็จะทำให้คิดแต่เรื่องดี ๆ สมองก็จะสดชื่น โดยการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่น่าจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนี้

2.4.1 กิจกรรมย้อนวิถีชีวิตวันวาน กิจกรรมที่ย้อนวิถีชีวิตสมัยเก่าที่เคยทำในวัยหนุ่มสาว เช่น เป่าแคน รำวง ร้องเพลง มอญซ่อนผ้า เป็นต้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยระลึกถึงความหลังและได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายด้วย “เป็นกิจกรรมเก่า ๆ ที่ชีวิตเค้าได้ทำในวัยหนุ่มสาว ทำให้เค้าได้ย้อนถึงวันวานยังหวานอยู่ ผู้สูงอายุก็จะม่วน เป่าแคน รำวง ร้องเพลง ประภวร้องเพลงอะไรประมาณนี้ค่ะ (ครูคน.อายุ 40 ปี)

2.4.2 กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ การจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาสมรรถภาพสมอง “ส่งเสริมอาชีพให้กับเขาได้ทำเป็น

กลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มลูกประคบ กลุ่มทอผ้า กลุ่มพรมเช็ดเท้า ให้เขาได้มีการพูดคุยกับเพื่อนในหมู่ในกลุ่ม การทำงานร่วมกับคนอื่น เพื่อเขาได้เกิดความคิดสร้างสรรค์ขึ้นมาบ้าง จะไม่ได้หมกมุ่นอยู่แต่ที่บ้าน (เจ้าพนักงานสาธารณสุข อายุ 48 ปี)

2.4.3 กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ควรนำกิจกรรมที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนที่ผู้สูงอายุเคยทำกิจกรรมเหล่านั้นมาก่อนในสมัยวัยหนุ่มสาว อีกทั้งยังเป็นการช่วยรื้อฟื้นความทรงจำเก่า ๆ ของผู้สูงอายุด้วย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการใช้สมองในการคิดทบทวนความจำเก่า ๆ สมองจะฟื้นตัวเอง และการทำกิจกรรมเหล่านี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดสมาธิในการทำกิจกรรมด้วย เมื่อมีสมาธิก็จะทำให้สมองได้มีการจัดระบบ เรียบเรียงความทรงจำต่าง ๆ ความจำของผู้สูงอายุก็จะดีขึ้น เช่น การทำเครื่องจักสาน ทอเสื่อ ทอผ้า “กิจกรรมที่คิดว่าคนที่ยังทำอยู่เนี่ยมันช่วยชะลอเรื่องสมองเสื่อมได้ เพราะว่ามันจะใช้สมาธิในการสานไซ่ สานกระบุง ก็อาจจะใช้ได้พอว่า” (ผู้สูงอายุชาย อายุ 71 ปี)

2.4.4 กิจกรรมที่เป็นประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องไปกับประเพณีวัฒนธรรมและศาสนาที่คนในหมู่บ้านมีการปฏิบัติสืบทอดกันมา ซึ่งกิจกรรมที่ทำกันอยู่ในปัจจุบันยังมีผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันไม่ค่อยมาก ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจากหมู่บ้านต่าง ๆ ได้มีโอกาสมาพบปะและทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มใหญ่มากขึ้น โดยจัดกิจกรรมที่มีการแข่งขันและให้ความบันเทิงสอดแทรกในกิจกรรมที่เป็นประเพณีวัฒนธรรมและศาสนาด้วย เช่น การแข่งขันการร้องสรภัญญะ การท่องคำคมสุภาษิตแบบอีสาน(ผญา) การละเล่นละครแบบอีสาน โดยอาจจัดกิจกรรมที่มีการแข่งขันกันเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อสร้างความสนุกสนาน “ควรจัดเป็นหมู่บ้าน เป็นสิบ ส่งตัวแทนผู้สูงอายุมาหมู่บ้านละ 20 -30 คน มาทำกิจกรรมร่วมกัน...กิจกรรมเราจะมีรุ่นนี้นั่น บุญทอดเทียนแล้วจะมีการร้องสรภัญญะแข่งกันนี้ละ เวียนกันหมู่บ้านหมู่บ้านนี้ มักจะเด็ดผู้เฒ่า” (เลขาชมรมผู้สูงอายุ อายุ 65 ปี) นอกจากนี้อาจสอดแทรกกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถภาพสมองในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การท่องบทสวดมนต์ การทำสมาธิ การสวดมนต์ถอยหลัง เป็นต้น

2.4.5 ออกกำลังกายขยับเขยื้อนร่างกาย การมีกิจกรรมที่ช่วยให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว

ร่างกายเบา ๆ “ออกกำลังกายก็ต้องออกบ้างแต่เป็นขยับช้า ๆ พาเพื่อยขยับแข้งขยับขาได้” (อสม. อายุ 48 ปี) การออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทำตามคำแนะนำและจดจำท่าทางการออกกำลังกาย ช่วยทำให้สมองฟื้นตัว สมองก็จะทำงานได้ดีขึ้น โดยเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย เช่น การออกกำลังกายด้วยไม้พลอง/ผ้าขาวม้า โยนบอลใส่ตะกร้า “ต้องให้เคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ถ้าทำแบบนี้ได้สมองจะเริ่มดีได้ มันก็จำได้ ถ้าบอกเขาก็ไปขวา ถ้าซ้ายสมองก็สั่งการทางซ้าย ถ้าสมองสั่งการไปเรื่อย ๆ ก็เป็นการกลับสมองไปในตัว สมองก็จะฟื้นขึ้นมา มันก็จะดีขึ้น เรียบเรียงเป็นขั้นเป็นตอนไป” (ครู.ร. อายุ 36 ปี)

2.4.6 ท่องจำบ่อย ๆ ผู้ให้ข้อมูลคิดเห็นว่าการท่องจำบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้สมองได้ทำการเรียบเรียงเป็นขั้นเป็นตอน สมองจะมีการฟื้นตัวเอง ช่วยให้สมาธิดีขึ้น “ท่องดูดูเดี๋ยวมันก็จำได้ ท่องจำมันก็ฟื้นขึ้นมาละครับ เหมือนเราลืมนิดนี่ละ ลืมสมอง” (สมาชิกครอบครัวชาย อายุ 55 ปี) เช่น การท่องจำบทเพลงสั้น ๆ การท่องบทสวดมนต์ การท่องคำกลอนแบบอีสาน การท่องบทละครที่เป็นการละเล่นแบบวิถีชีวิตอีสานที่อาจเป็นแบบบทพูด แบบร้อง และแบบผญา “ผมว่าให้เขาหาคำง่าย ๆ มาพูดเล่นหรือร้องเพลงสั้น ๆ เล่นละครก็ดีนะ เราแต่งบทให้คนนี้พูดอย่างนี้ ประมาณ 3-4 คนแสดงละครหน้าชั้น ละครแบบพูดก็ได้ แบบบราหรือแบบผญาก็ได้ แต่งบทให้มาเล่นให้มาท่อง ให้ผู้สาวผู้บ่าวจำผญาใส่กันโต้ตอบกันไป” (ประธานร.ร.ผู้สูงอายุ อายุ 78 ปี) หรือการท่องจำถ้อยหลัง เช่น การสวดมนต์ถ้อยหลัง “ให้เขาท่องถ้อยหลังดูก็ได้ไหม ถ้าท่องถ้อยหลังได้นี่แสดงว่าสมองมาแล้ว มันก็เรียบเรียงใหม่สลับรับสมองเนีย ถ้าเรามาเรียบเรียงใหม่ให้ มันก็โอเคเนะ สมองก็จะฟื้นขึ้นมา” (ประธานชมรมผู้สูงอายุ อายุ 69 ปี)

2.4.7 อ่าน-เขียน-เล่าเรื่อง การจัดกิจกรรมที่เน้นการอ่าน การเขียน การเล่าเรื่อง เพื่อให้สมองได้คิดและใช้ความคิดในการโต้ตอบ เช่น การอ่านหนังสือแล้วให้มีการโต้ตอบกัน “คือการอ่านที่แบบว่าเราได้มีความคิดโต้ตอบเรา เพื่อกระตุ้นให้เขาได้ใช้สมองตรงส่วนนี้ กระตุ้นให้เขาได้ใช้ความคิด เออเราจึงคำถามไปแบบนี้เขาควรจะตอบมาในลักษณะไหน” (นักวิชาการศึกษา อายุ 40 ปี) การถามแล้วให้เขียนคำตอบ “อาจจะฝึกให้เขาเขียนบ้าง ถูกผิดช่าง เขียน

ยังงี้ก็ได้ หรือถามไปอย่างนี้แล้วเขาตอบมาอย่างไรเพื่อเราจะรู้ว่าแต่ละคนมีความรู้ความสามารถ ยังจำได้มากน้อยขนาดไหน ควรได้รับการพัฒนามากขึ้นอะไรประมาณนี้ค่ะ” (ครูคน.อายุ 40 ปี) การเล่าเรื่อง เช่น การเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน หรือเป็นกิจกรรมเล่าความหลัง เพื่อให้สมองฟื้นจากความจำ

2.4.8 ให้ความรู้และรณรงค์การป้องกัน

สมองเสื่อม เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสมองเสื่อมว่าเป็นอย่างไร เกิดจากอะไร ถ้ายังไม่เกิดจะป้องกันอย่างไร ถ้าเกิดแล้วจะดูแลรักษาอย่างไร เพื่อช่วยกระตุ้นให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเห็นความสำคัญ “ในมุมมองของชาวบ้านที่เราประสบนี้เขาคิดว่ามันเป็นไปตามช่วงวัยของอายุ เขาก็จะปล่อยเลยตามเลย ในเรื่องสมองเสื่อมสำหรับชุมชนก็คือเบื้องต้นให้ความรู้ก่อนว่าภาวะสมองเสื่อมมันเป็นยังไง มีลักษณะยังไง เกิดจากอะไร ถ้ายังไม่เกิดต้องป้องกันอย่างไร” (ปลัดเทศบาล อายุ 52 ปี) ซึ่งการจัดกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าอาจจัดในวันที่ผู้สูงอายุมารับเบี้ยผู้สูงอายุ เพราะเป็นวันที่ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวจะมากับผู้สูงอายุด้วย จึงเป็นวันที่มีการรวมตัวของผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านจึงเหมาะในการทำกิจกรรมเหล่านี้เพื่อส่งเสริมความรู้และความตื่นตัวในเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันให้กับผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ชุมชนมีการให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมคือการลืมอย่างถาวร อาจอธิบายได้ว่าภาวะสมองเสื่อมมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น¹ จึงทำให้ชุมชนมีการรับรู้ถึงอาการเด่นนี้ อย่างไรก็ตามการสูญเสียความจำอย่างเดียวมิได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการจะบอกได้ว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมองเดิมต้องทำหน้าที่ได้ดีแล้วเลวลงเรื่อย ๆ ในระดับที่มากเกินไปจนเกิดจากความชรา จนมีผลต่อการใช้ชีวิตทั้งด้านการงานและส่วนตัว⁶ ดังนั้นจึงสะท้อนถึงความสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องต่อภาวะสมองเสื่อมของชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการช่วยค้นหาบุคคลที่อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่สมรรถภาพสมองเริ่มลดลง ดังที่ ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์¹⁷ ได้กล่าวว่า ภาวะหลงลืม

ตามวัยถือเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้น สิ่งที่ใช้แยกที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมตามวัยจะยังคงความสามารถในชีวิตประจำวันได้ปกติ ผู้สูงอายุจะรู้ตัวว่ามีปัญหาดังกล่าว และเรื่องที่ลืมมักไม่ซับซ้อน และเมื่อไตร่ตรองสักพักก็สามารถนึกออก ต่างกับผู้ที่มึนปัญหาสมองเสื่อมมักไม่รู้ตัวว่าตนมีปัญหาดังกล่าว ประวัติจากผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก

ด้านการรับรู้ถึงเหตุปัจจัยของภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า เหตุปัจจัยหนึ่งที่ชุมชนรับรู้ว่าเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมคือ ความเผ่าความแก่ ซึ่งชุมชนคิดว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุที่จะมีความหลงลืมมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุแต่ภาวะสมองเสื่อมก็มีสาเหตุหนึ่งของการสูงอายุปกติ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{18,19} กล่าวว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ยังมองว่าอาการหลงลืมเป็นภาวะปกติที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Subindee และ Sangchart¹⁴ ที่พบว่าชุมชนมีการรับรู้ภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นโรคคนแก่คนเฒ่า ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมระยะแรกนั้นมีลักษณะคล้ายกับการหลงลืมปกติในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจำนวนมากมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เมื่อสูงอายุ ซึ่งความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ ส่งผลให้ประชาชนขาดความตระหนัก ทำให้ขาดการเฝ้าระวังและไม่สังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ได้พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงที่เด่นชัดหรืออยู่ในระยะที่รุนแรง^{4,19} พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยมีการคัดกรองและให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว สำหรับสาเหตุอื่น ๆ ที่ชุมชนรับรู้ว่าเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้แก่ การไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การไม่ค่อยได้ใช้สมอง การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานอาหารที่มีสารพิษหรือไม่มีประโยชน์ การเสพติด และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งจัดเป็นปัจจัยที่สามารถ

ปรับเปลี่ยนได้^{4,6} เพื่อนำสู่การหากลยุทธ์ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rakesh และคณะ²⁰ ได้ให้ข้อแนะนำว่า วิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีที่สุดคือ การใช้หลายมาตรการร่วมกัน ประกอบด้วย การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควบคู่กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียดทางจิตสังคม และภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ชุมชนยังไม่ได้รับรู้ถึงเหตุปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในส่วนนี้ให้กับชุมชนต่อไป เพราะการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมได้⁶

ด้านการรับรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า ชุมชนคิดเห็นว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมควรเน้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่สนุกสนานและได้พบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมย้อนวิถีชีวิตวันวาน กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ การสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมที่เป็นประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว การอ่าน-เขียน-เล่าเรื่อง การให้ความรู้และการณรงค์ป้องกันการเกิดสมองเสื่อม ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมตลอดเวลาจะทำให้การเสื่อมถอยของสมองน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรม โดยการทำกิจกรรมอะไรก็ได้ที่นอกเหนือจากงานประจำ ทั้งงานอดิเรก งานบ้าน งานรื่นเริงบันเทิงต่าง ๆ⁶ เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกไปพบปะกับบุคคลอื่นนอกบ้านจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้พบเห็นสิ่งแปลกใหม่ ๆ ที่ต้องใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ เลือกว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นภาระกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมอง ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุจึงสามารถป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้⁴ รวมทั้งการฝึกฝนการรู้คิด (cognitive training) เช่น การออกกำลังกายสมอง (neurobics exercise) จะเป็นการ

ใช้ประสาทสัมผัสหลาย ๆ อย่างมากระตุ้นสมองพร้อม ๆ กัน ช่วยทำให้เกิดการแตกกิ่งก้านของแขนงสมอง (dendrite) มากขึ้น การติดต่อสื่อสารระหว่างเซลล์ทำได้ง่ายขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และทำให้สมองแข็งแรงขึ้น⁶ นอกจากนี้มีการทบทวนวรรณกรรมวิจัยอย่างเป็นระบบสนับสนุนว่า กลุ่มที่ทำสมาธิสม่ำเสมอมีสถานะเสื่อมสภาพของสมองน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ทำสมาธิ²¹ โดยการทำสมาธิมีผลดีต่อความจำ ความใส่ใจ ความสามารถในการบริหารจัดการ และการรับรู้สังคมรอบตัว จึงช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้⁶ รวมทั้งการส่งเสริมความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคสมองเสื่อม จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่เนิ่น ๆ และได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อช่วยป้องกันโรคและชะลอการดำเนินของโรค รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลทางสุขภาพและสังคม^{11,22}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องต่อภาวะสมองเสื่อมให้กับชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพในการค้นหาผู้สูงอายุที่อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก รวมทั้งการพัฒนารูปแบบ โปรแกรม และกิจกรรมที่ส่งเสริมการรู้คิด เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและประเพณีวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผลของรูปแบบต่อความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

References

1. Prasat neurological institute department of medical services. Clinical practice guidelines: dementia. Tantirittisak T, editor. Bangkok: Tanapress.; 2014. (in Thai).
2. Kulkantrakorn K. The evaluation and diagnosis of dementia and Alzheimer's disease: the update. Thammasat Medical Journal 2014;14(1):93-101. (in Thai).
3. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2016. Prasartkul P, editor. Nakhon Pathom: Printery; 2017.
4. Trakulsithichoke S. Prevention of dementia in older persons. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(4):6-14. (in Thai).
5. Anothaisintawee T, Thamakaison S, Srisuwan P. Sytematic review of the effectiveness of intervention for dementia prevention. Bangkok; 2014. (in Thai).
6. Nuysri M. Tha prevention of dementia. Journal of The Police Nurses 2016;8(1):227-40. (in Thai).
7. Thongwachira C, Jaigham N, Thophon S. A Model of dementia prevention in older adults at Taling Chan district Bangkok metropolis. KKU Reserch Journal (Gradute Studies) 2019;19:96-109. (in Thai).
8. Wongsaree C. Nurses' roles in families promoting to slow progressive with early stage dementia syndrome in an older adult. Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal 2018;4(2): 102-11. (in Thai).
9. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Number of the elderly from survey of the older persons in Thailand by age group, sex, province, area and region: 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 23]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>

10. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006;367:1262-70.
11. Sharp E, Gatz M. Relationship between education and dementia: updated systematic review. *Alzheimer disease and associated disorders* 2011;25(4):289-304.
12. Kanchanakij Sakul C. Qualitative research. 2018 [Internet]. [cited 2020 June 7]. Available from: <http://www.research.nu.ac.th/th/signup/hen6/Chamaiporn.pdf> (in Thai).
13. Sritanyarat W, Dumrikarnlert L. Knowledge management and synthesis guidelines of the Tambon Health Promotion Hospital: guidelines for the older people's services. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing. (in Thai).
14. Subindee S, Sangchart B. Community's perception of the older persons with dementia. *Journal of Nursing Science and Health* 2018;41(3):54-64. (in Thai).
15. Chonlasueksanee P, Sritanyarat W. Family perceptions regarding changes in older persons with dementia. *Journal of Nursing Siam University* 2017;18(35):24-36. (in Thai).
16. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications; 2018.
17. Limpawattana P. Geriatric syndromes and health issues of interest. Limpawattana P, editor. Khon Kaen: Klungnanawattaya; 2017. (in Thai).
18. Nwakasi CC, Hayes C, Fulton J, Roberts AR. A pilot qualitative study of dementia perceptions of Nigerian migrant caregivers. *Int J Africa Nurs Sci* 2019 Jan 1;10:167-74.
19. Hawong S, Thaingtham W, Nanthamongkolchai S. The health promotion program for the elderly at risk group of Alzheimer's in community. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31:110-28. (in Thai).
20. Rakesh G, Szabo ST, Alexopoulos GS, Zannas AS. Strategies for dementia prevention: latest evidence and implications. *Ther Adv Chronic Dis* 2017;8:121-36.
21. Chen Y, Zhang J, Zhang T, Cao L, You Y, Zhang C, et al. Meditation treatment of alzheimer disease and mild cognitive impairment: a protocol for systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(10):e19313.
22. Suwan A. Role of nurses in caring for older persons with dementia. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35:6-15. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

The Effect of Self-Efficacy Promoting and Resistance Training Program on Functional Status in End Stage Renal Disease (ESRD) Patients Receiving Hemodialysis

Received: Apr 19, 2020

Revised: Jun 10, 2020

Accepted: Jun 12, 2020

เพ็ญโพยม สาคร พย.ม. (Penpayome Sakorn, M.N.S.)¹ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล ปร.ด. (Pachanut Nunthaitaweekul, Ph.D)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี ผลกระทบหนึ่งที่สำคัญคือ ภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงของผู้ป่วย ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เพื่อช่วยเพิ่มภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงมีความสำคัญอย่างมาก

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคัดกรองความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ revised Inventional Status-Dialysis (IFS-Dialysis) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มละ 22 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ได้รับทุน "90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" เพื่อสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpayome.fai@gmail.com

² Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: pachanut.t@chula.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนารูปแบบหรือประยุกต์ใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกโรคไตหรือหน่วยไตเทียมและเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและสื่อนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมและพัฒนาภาวะการทำหน้าที่แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ : ภาวะการทำหน้าที่, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การออกกำลังกายแบบแรงต้าน, ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Introduction: The End Stage Renal Disease (ESRD) patients receiving hemodialysis treatment tends to increase every year. One of the main affects is reduced functional status of patients. Therefore, the development of self-efficacy promotion and resistance training program that aim to improve the function status in ESRD patients receiving Hemodialysis is important.

Research objectives: To compare before and after functional status of ESRD patients receiving hemodialysis, participated with the self-efficacy promoting and resistance training program. Along with comparing functional status between the ESRD patients after participating with the self-efficacy promoting and resistance training program as well as patients who received normal nursing care.

Research methodology: This quasi-experimental research (Non-Equivalent Groups Design) included the general information questionnaire, the Brief Fatigue Inventory, Functional Status questionnaire, and the self-efficacy questionnaire. The purposive sampling was 22 samples per group. In further, the data were analyzed using Independent t-test and Paired t-test.

Results: 1) The mean score of functional status with ESRD patients receiving hemodialysis after participated with the self-efficacy promoting and resistance training program was higher than before, significantly at the statistical level of .05 and 2) The mean score of functional status of the ESRD patients after participating with the self-efficacy promoting and resistance training program was higher than patients with normal nursing care and significantly at the statistical level of .05.

Conclusions: The ESRD patients who received hemodialysis after participated in the self-efficacy promoting and resistance training program had a higher functional status than the patients that receiving normal nursing care.

Implications: The program should be developed or applied to nursing care plan in the nephrotic clinic as well as hemodialysis unit. As in the research guideline for program development and innovative media to promote and develop functional status for patients receiving hemodialysis.

Keywords: functional status, Self-Efficacy, resistance training, end stage renal disease, hemodialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก พบได้ถึงร้อยละ 11-13 ของประชากรโลก¹ และมีผู้ป่วยจำนวน 2.9 ล้านคน ที่เสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย² จากการศึกษา Thai SEEK โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.50 โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั่วประเทศจำนวนสูงถึง 54,104 คน³

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะมีการปลูกถ่ายไตได้สำเร็จ ซึ่งในการฟอกเลือดแต่ละครั้งจะใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์⁴ แม้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ยังได้รับผลกระทบในหลายด้าน ทั้งจากอาการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดการสูญเสียสมดุลในการสังเคราะห์และสลายโปรตีน เกิดภาวะสูญเสียโปรตีนและพลังงาน ทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลงและกล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง⁵ เกิดความเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง เกิดความวิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีปัญหาสัมพันธภาพ ซึ่งนั่นหมายถึงว่า ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้มีภาวะการทำหน้าที่ลดลง^{6, 7}

ภาวะการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันตามบทบาทหน้าที่ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อายุ ระดับอัลบูมิน⁹ ภาวะซึมเศร้า¹⁰ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความเหนื่อยล้า¹¹ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁷ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำได้และไม่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและจัดการปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับสูง¹¹ และพยาบาลสามารถส่งเสริมให้เกิดในผู้ป่วยได้ โดยการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญหลักด้านจิตใจ สามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเห็นตัวแบบ และการได้รับคำแนะนำและการพูดชักจูง¹² ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจในการจัดการและดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย¹³

ปัจจัยด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นปัจจัยด้านร่างกายที่สำคัญที่ส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ให้ดีขึ้นและยั่งยืน ซึ่งการออกกำลังกายแบบแรงต้านเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม¹⁴ โดยการออกกำลังกายแบบแรงต้านจะส่งผลต่อระบบเมตาบอลิซึมของโปรตีนและการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อโดยตรง^{14, 15} มีผลทำให้กระบวนการอักเสบในร่างกายลดลง มีกลไกในการปรับสมดุลระหว่างการสังเคราะห์และสลายโปรตีน ลดการสูญเสียพลังงานและโปรตีน¹⁶ ในที่สุดทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เกิดความคงทนและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น กล่าวคือ ทำให้มีระดับภาวะการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยที่มีการจัดการกระทำด้านปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น⁷ ซึ่งยังไม่ได้มีการศึกษานำปัจจัยหลักสำคัญทั้งด้านร่างกายและจิตใจมาจัดการกระทำร่วมกันโดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่ได้มีการศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังได้รับโปรแกรมฯ จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มหลังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (non-equivalent groups design)

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อายุ 20-60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Cohen โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของ α เท่ากับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80¹⁸ และกำหนดอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น จำนวน 40 คน¹⁹ โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็น 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน คัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (purposive sampling) โดยได้จัดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยทำการจับคู่ (matched pair) อายุให้อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน โดยแบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) และความเหนื่อยล้าให้อยู่ในระดับเดียวกัน (ระดับเล็กน้อยและปานกลาง)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 วัน/สัปดาห์ สัญญาณชีพคงที่และไม่มีภาวะเจ็บที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย มีความเหนื่อยล้าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (อยู่ในช่วง 00.00-60.00 คะแนน) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกและการพิจารณาเพื่อหยุดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ ได้รับบาดเจ็บระหว่างการทำโปรแกรมฯ และหรือไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้ในการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- 1.2 แบบประเมินคัดกรองระดับความเหนื่อยล้า มีข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยแปลและปรับปรุงมาจาก Brief Fatigue Inventory ของ The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1997 โดยใช้กระบวนการแปล forward and backward translation²⁰ เป็นแบบ rating scale โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูง แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย ช่วง 00.00-30.00 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ 30.01-60.00 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง และ 60.01-90.00 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงมาจาก เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ และคณะ, 2554 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Thomas-Hawkins⁽⁸⁾ ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามประกอบด้วย 3 รายการ มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 4 ระดับ คือ ระดับ 1 (ปฏิบัติไม่ได้เลย) ถึง 4 (ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง) คะแนนสูง หมายถึง มีระดับภาวะการทำหน้าที่ในระดับสูง แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00-2.00 หมายถึง มีภาวะหน้าที่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึง มีภาวะการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึง มีภาวะการทำหน้าที่ในระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁽²¹⁾ ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายแบบแรงต้านจากการทบทวนวรรณกรรม โดยโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่หน่วยไตเทียมในสัปดาห์ที่ 1, 5, 8 และติดตามเยี่ยมและให้โปรแกรมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแรงต้านที่บ้านด้วยตนเอง ด้วยสายยางยืด อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ความหนักระดับหนักเล็กน้อยถึงปานกลาง (RPE Borg's scale = 12-15) ด้วยท่าทางตามคู่มือการจัดการดูแลตนเอง และการออกกำลังกายแบบแรงต้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือวิธีที่ตนที่สามารถเข้าถึงโดยการแกล้งคว่ำในคู่มือฯ และให้โปรแกรมโดยการส่งเสริมและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมด้านร่างกายจิตใจและสัญญาณชีพ สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ให้กำลังใจและชมเชย สนับสนุนด้านอุปกรณ์การออกกำลังกายแบบแรงต้าน การให้ข้อมูลข่าวสาร ประเมินปัญหาและหาทาง

แก้ไขร่วมกันเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ได้แก่ การให้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตที่สามารถปรับพฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองหรือการออกกำลังกายได้สำเร็จ ฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ยางยืด ท่าทาง วิธีการและสาธิตย้อนกลับ ฝึกสังเกตและประเมินความหนัก ของการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ด้วยค่า RPE Borg's scale และการบันทึกการออกกำลังกายแบบแรงต้าน 3) การได้เห็นตัวแบบ ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกายผ่านสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือฯ 4) การให้คำแนะนำและการพูดคุยเชิงได้แก่ การสอนและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และการจัดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคและการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลักการและวิธีการออกกำลังกายแบบแรงต้าน และการบันทึกการออกกำลังกายแบบแรงต้าน

3.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.2.1 แบบประเมินการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปรับปรุงและดัดแปลงจาก ทศนีย์วรรณ กันทาภาส และสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2557) มีข้อคำถาม 11 ข้อ แบบ Likert Scale 4 ระดับ คือ 1 (ไม่มีความมั่นใจเลยที่จะสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรม) ถึง 4 (มีความมั่นใจมากที่จะสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรม) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00-2.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

3.2.2 แบบบันทึกการออกกำลังกายแบบแรงต้าน พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยบันทึกระยะเวลา ความถี่ ค่าคะแนนความเหนื่อยหรือความหนักขณะออกกำลังกายแบบแรงต้าน การปรับเพิ่มแรงต้าน/จำนวนครั้งต่อเซต ปัญหาที่พบและความรู้สึกระหว่างและหลังการออกกำลังกายแบบแรงต้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินคัดกรองระดับความ

เหนื่อยล้า เท่ากับ .84 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่เท่ากับ .85 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 1.00 และ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของแผนการให้ความรู้ในการจัดการดูแลตนเองและการออกกำลังกายแบบแรงต้าน โดยวิธี IOC มีค่าอยู่ระหว่าง .6-1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยงภายใน ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงให้สอดคล้องตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 30 คน และนำมาตรวจสอบความเที่ยงภายในของเครื่องมือ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาช แอลฟา (Alpha's Cronbach coefficient) พบว่าค่าความเที่ยงภายในของแบบประเมินคัดกรองความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มีค่าเท่ากับ .91, .91 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุด 3 ในวันที่ 2 ธันวาคม 2562 เอกสารรับรองรหัสโครงการวิจัยเลขที่ 163/2562 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ซึ่งแจ้งถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลต่างๆ จะถือเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยหลังจากได้รับทราบข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติตามคุณสมบัติและประเมินระดับความเหนื่อยล้า จากนั้นจับคู่คุณสมบัติ ได้แก่ อายุและระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกัน โดยทำการจับคู่ (matched pair) อายุให้อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน โดยแบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) และจัดให้มีความเหนื่อยล้าให้อยู่ในระดับเดียวกัน (ระดับเล็กน้อยและ

ปานกลาง) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย แล้วให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ (ก่อนทดลอง) หลังจากนั้นดำเนินการแต่ละกลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์และในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ที่หน่วยไตเทียม แล้วประเมินภาวะการทำหน้าที่และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แล้วผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลตนเองและแนะนำการออกกำลังกายแบบแรงต้าน มอบคุมมีอา พุดคยชกถาม กล่าวขอบคุณและยุติการวิจัย

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้โปรแกรมมาในช่วงระหว่างรอรับการฟอกเลือดฯ เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม จากนั้นสัปดาห์ที่ 1-8 ผู้วิจัยให้โปรแกรมฯ โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องออกกำลังกายแบบแรงต้านด้วยตนเองที่บ้านตามคู่มือฯ ด้วยสายยางยึด อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ความหนักระดับหนักเล็กน้อยถึงปานกลาง (RPE Borg's scale = 12-15) ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียมเป็นรายบุคคล ประเมินและสอบถามความก้าวหน้าการออกกำลังกาย และปรับเพิ่มแรงต้านตามความเหมาะสม และสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม ประเมินภาวะการทำหน้าที่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลบันทึกการออกกำลังกาย กล่าวขอบคุณและยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล และสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.60 มีอายุเฉลี่ย 54.36 ± 6.72 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.82 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.82 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 31.80 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 45.45 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 90.90 และ 54.55 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.50 มีอายุเฉลี่ย 51.41 ± 9.19 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.70 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.90 ประกอบอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 31.80 ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 59.09 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 77.27 และ 59.09 ตามลำดับ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุเฉลี่ย ($\text{mean}=54.36 \pm 6.72$; $\text{mean}=51.41 \pm 9.19$, $p=.23$) และคะแนนความเหนื่อยล้า

เฉลี่ย ($\text{mean}=2.15 \pm 1.89$; $\text{mean}=2.15 \pm 1.77$, $p=1.0$) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน

ภาวะการทำหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n=22)					
ก่อนทดลอง	3.57	.56	สูง	1.60	.02
หลังทดลอง	3.82	.27	สูง		
กลุ่มควบคุม (n=22)					
ก่อนทดลอง	3.56	.48	สูง	2.56	.02
หลังทดลอง	3.29	.71	สูง		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะการทำหน้าที่	กลุ่มควบคุม (n=22)			กลุ่มทดลอง (n=22)			t	P-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	3.56	.48	สูง	3.57	.56	สูง	0.06	.95
หลังทดลอง	3.29	.71	สูง	3.82	.27	สูง	3.25	.00

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura²¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถในการตัดสินใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง มีความพยายามและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura²¹ พัฒนาและส่งเสริมจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง โดยการพัฒนาและการฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบแรงต้าน การสาธิตย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายแบบแรงต้านมากขึ้น ซึ่ง Bandura กล่าวว่า ประสบการณ์ที่สำเร็จ

ด้วยตนเองเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จจะสร้างความเชื่อที่ยิ่งใหญ่ต่อความสามารถของตนเอง ความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองได้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การนำเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) ในการร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ยังสามารถเป็นตัวแบบให้ผู้ป่วยรายอื่น ๆ สามารถนำไปเป็นแบบอย่างการปฏิบัติกิจกรรมและเป็นแรงผลักดันตนเองว่าคนอื่นสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตนเองก็สามารถปฏิบัติได้สำเร็จเช่นกัน ซึ่งบุคคลจะมีการประเมินความสามารถของตนเองและเปรียบเทียบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมกับบุคคลอื่น หรือได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนเอง ผ่านการสังเกต ทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเชื่อว่าคนอื่นทำได้ตนเองก็สามารถทำได้^{21, 22} รวมถึงการใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบแรงต้านได้อย่างถูกต้อง และสามารถจัดการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยสื่อสามารถเน้นจุดที่สำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและกระบวนการเก็บจำ ทำให้เกิดแรงจูงใจ และเกิดการปฏิบัติ^{21, 22} 3) การให้คำแนะนำและการพูดชักจูง การให้การส่งเสริมที่หน่วยไตเทียมและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยกิจกรรมซึ่งเน้นการสอนและให้ความรู้ การใช้คำพูดโน้มน้าวและชักจูงให้กำลังใจ และการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการจัดการดูแลตนเองและการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ซึ่ง Bandura²¹ กล่าวว่า การใช้คำพูดโน้มน้าวและชักจูง ให้กำลังใจจะทำให้บุคคลเชื่อและรับรู้ถึงความสามารถที่มีอยู่ของตนเอง หากได้รับคำแนะนำที่น่าเชื่อถือจากบุคคลที่มีความสำคัญว่าบุคคลมีความสามารถ โดยใช้คำพูดลักษณะชักจูง แนะนำ และให้กำลังใจ ซึ่งสามารถหนุนนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการประเมินค่าตนเองในทางบวกภายใต้ขอบเขตของความเป็นจริง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและมีความตั้งใจที่จะ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง และเชื่อมั่นว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่เกินความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติได้และไม่อันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในการร่วมกิจกรรมอีกทั้งการให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถสัณยัตยอนกลับหรือปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันได้ ทั้งในด้านการจัดการดูแลตนเองและการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ซึ่งการฝึกการออกกำลังกายแบบแรงต้านยังช่วยในการส่งเสริมสภาวะด้านร่างกาย ทำให้ความแข็งแรงของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและนำมาซึ่งการมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกล้ามเนื้อที่แข็งแรงเพิ่มขึ้นทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bag และ Mollaoglu²³ ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูงจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้วจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsay²⁴ และการศึกษาของ Aliasgharpour²⁵ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยสามารถควบคุมปริมาณน้ำดื่มและน้ำหนักร่างกายได้ ทำให้ผลกระทบจากอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Saiednejad และคณะ²⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมความหนักตัวและผลข้างเคียงของโรค สามารถพัฒนาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองได้

โดยจากความคิดเห็นและข้อเสนอที่ผู้ป่วยได้กล่าวว่า การออกกำลังกายแบบแรงต้านทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดได้ รู้สึกว่าได้มีกิจกรรมเยอะขึ้น ผลเลือดต่าง ๆ ดีขึ้น ทำให้ได้ประเมินตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้

อย่างถูกต้อง การทำงานของกล้ามเนื้อแขนและขา ทำให้พักผ่อนนอนหลับได้อย่างมีความสุข สุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย ซึ่งใน 8 สัปดาห์พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการออกกำลังกายแบบแรงต้าน สามารถอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านส่งผลทำให้เกิดมีการกระตุ้นระบบประสาท กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ทำให้กระบวนการอักเสบลดลง สามารถสังเคราะห์โปรตีนได้มากขึ้น ลดภาวะสูญเสียพลังงานและโปรตีน มีผลต่อการกระตุ้นการสร้างเส้นใยกล้ามเนื้อ และมีการหมุนเวียนการใช้พลังงานดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น²⁷ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumdee¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้าน สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตรเซ็ปส์และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรมฯ อีกด้วย และการศึกษา Cheema และคณะ²⁸ ที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกายระหว่างช่วงที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ ความหนักในระดับปานกลาง ทำให้คุณภาพและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการสะสมไขมันในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lopes และคณะ²⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน ความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ความหนักระดับปานกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีค่าการอักเสบในร่างกายที่ลดลง มีมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดีขึ้น

ดังนั้น การนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึงมีความมั่นใจในการ

ปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแรงต้านอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นและสามารถฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการนำรูปแบบของโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกโรคไตหรือหน่วยไตเทียมที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้สามารถติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ

2. **ด้านบริหารและการจัดการ** ควรมีการนำเสนอต่อหัวหน้างานและผู้บริหารเกี่ยวกับแนวทางและนโยบายในการวางแผนเกี่ยวกับการส่งเสริมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพัฒนาภาวะการทำหน้าที่ด้วยการออกกำลังกายแบบแรงต้าน แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมถึงแนวทางการบูรณาการการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบองค์รวม

3. **ด้านการวิจัยและพัฒนาสื่อนวัตกรรม** ควรนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและสื่อนวัตกรรม เพื่อการส่งเสริม พัฒนาระยะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการประเมินผลการออกกำลังกายแบบแรงต้านจากตัวแปรด้านสรีรวิทยาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถนำผลมาอภิปรายเชิงกายวิภาคได้ชัดเจนขึ้น

2. ควรเพิ่มรายละเอียดของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เช่น ระยะเวลาแต่ละครั้งที่ออกกำลังกายและความหนักในการออกกำลังกาย ให้อยู่ในระดับปานกลางหรือค่อนข้างหนัก และระยะเวลาของโปรแกรมมากขึ้น

3. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังในทุกระยะและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

4. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ออกไปศึกษาวิจัย ปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องและปรับเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มสมรรถนะการทำงานของวิชาชีพพยาบาล

References

1. USRDS U. Annual data report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2013.
2. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. The Lancet 2015;385(9981):1975-82.
3. Chuasuwan A, Lumpaopong A. Thailand renal replacement therapy year 2015. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2015. .
4. Satirapoj B. Essential nephrology. Bangkok: Phramongkutklao Medical book Project; 2012.
5. Kantachuwatesiri S. Textbook of chronic kidney disease. Bangkok: Text and general publication; 2017.
6. Mollaoglu M. Fatigue in people undergoing hemodialysis. Dialysis & Transplantation. 2009;38(6): 216-20.

7. Gantagad T, Chuachedton P. Predicting factors in functional ability among persons with end stage renal disease receiving hemodialysis. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(4):92-104.
8. Thomas-Hawkins C. Assessing role activities of individuals receiving long-term hemodialysis: psychometric testing of the revised Inventory of Functional Status-Dialysis (IFS-DialysisR). *International Journal of Nursing Studies* 2005;42(6):687-94.
9. Lai YC, Wang CY, Moi SH, Wu CH, Yang CH, Chen JB. Factors associated with functional performance among patients on hemodialysis in Taiwan. *Blood Purification* 2018;46(1):12-8.
10. Liu YM, Chang HJ, Wang RH, Yang LK, Lu KC, Hou YC. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2018;14:441.
11. Garcia RSA, Fonseca LLM, Amaral RF, Souza BGd, Ribeiro dOGM, Sant'Ana BL, et al. Factors associated with functional capacity in hemodialysis patients. *Artificial Organs* 2017;41(12):1121-6.
12. Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory for nursing* 3rd ed. New York: Springer; 2014.
13. Han HF, Chen YC, Yeh ML, Chung YC. Factors affecting physical performance status in long-term hemodialysis patients. *Journal of Nursing and Health Care Research* 2014;10(3):211-9.
14. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer; 2018.
15. Bennett PN, Daly RM, Fraser SF, Haines T, Barnard R, Ockerby C, et al. The impact of an exercise physiologist coordinated resistance exercise program on the physical function of people receiving hemodialysis: a stepped wedge randomised control study. *BMC Nephrology* 2013;14(204):1-7.
16. Wang XH, Mitch WE. Mechanisms of muscle wasting in chronic kidney disease. *Nature reviews Nephrology* 2014;10(9):504-16.
17. Chen JL, Godfrey S, Ng TT, Moorthi R, Liangos O, Ruthazer R, et al. Effect of intra-dialytic, low-intensity strength training on functional capacity in adult haemodialysis patients: a randomized pilot trial. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2010;25(6): 1936-43.
18. Kumdee K. Effects of exercise program on quadriceps muscle strength and functional capacity among end-stage renal disease patients receiving hemodialysis. [Independent Study]: Chiangmai University; 2009.
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
20. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004;48(2):175-86.
21. Bandura A. *Self-Efficacy: the exercise of control*: Worth Publishers; 1997.
22. Aimsupasit S. *Theories and techniques in behavior modification*. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013.
23. Bag E, Mollaoglu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *J Eval Clin Pract* 2010;16(3):605-10.

24. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(4):370-5.
25. Aliasgharpour M, Shomali M, Moghaddam MZ, Faghihzadeh S. Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care* 2012;38(3):155-61.
26. Saiednejad Z, Mirbagher Ajorpaz N, Aghajani M. Application of empowerment program on self-efficacy of patients under hemodialysis: a clinical randomized controlled trial. *Crit Care Nurs J* 2018;11(3):e81054.
27. Kirkman DL, Mullins P, Junglee NA, Kumwenda M, Jibani MM, Macdonald JH. Anabolic exercise in haemodialysis patients: a randomised controlled pilot study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 2014;5(3):199-207.
28. Cheema B, Abas H, Smith B, O'Sullivan A, Chan M, Patwardhan A, et al. Randomized controlled trial of intradialytic resistance training to target muscle wasting in ESRD: the progressive exercise for anabolism in kidney disease (PEAK) study. *American Journal of Kidney Diseases* 2007;50(4): 574-84.
29. Lopes LCC, Mota JF, Prestes J, Schincaglia RM, Silva DM, Queiroz NP, et al. Intradialytic resistance training improves functional capacity and lean mass gain in individuals on hemodialysis: a randomized pilot trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2019;100(11):2151-8.

บทความวิจัย

ผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

Effects of Providing Knowledge and Skills for Cardiopulmonary Resuscitation of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Nov 1, 2020
Revised: Jan 25, 2021
Accepted: Jan 30, 2021

จันทร์เพ็ญ นิลวัชรmani พย.ด.(Chanpen Ninwatcharamanee, D.N.S.)¹
วิตาพร ทับทิมศรี ปร.ด. (Vidaporn Dhabdhimsri, Ph.D.)²
ปัญญาศิลป์ สมบูรณ์ วท.ม. (Panjasilpa Somboon, M.Sc.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 ประจำปีการศึกษา 2561 ที่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ชั้นปีละ 50 คน รวมทั้งหมด 150 คน เพื่อจัดกิจกรรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ การบรรยาย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 15.89, SD. = 1.78) สูงวก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 13.80, SD. = 2.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 10.12, p < .001) 2) คะแนนเฉลี่ยขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 6.58, SD. = 2.33) สูงวก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 1.74 SD. = 2.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 20.24, p < .001) และประสิทธิภาพขั้นตอนการกดนวดหัวใจ หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 63.21, SD. = 16.70) สูงวก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 49.30 SD. = 14.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.47, p < .001)

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹Corresponding author ^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹E-mail: Chanpen.n@bcn.ac.th, ²E-mail: Vidaporn.d@bcn.ac.th

³หัวหน้าหน่วย EMS โรงพยาบาลราชวิถี, E-mail: aodaad@gmail.com.

^{1,2}Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

³Rajavithi Hospital, Thailand

สรุปผล: จากข้อค้นพบของผลการวิจัยกล่าวได้ว่ากิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพช่วยให้นักศึกษายาบาลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ดังนั้นจึงควรนำกิจกรรมการฝึกอบรมนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องทุกปี และขยายไปยังกลุ่มบุคคลอื่น ๆ เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และทักษะดังกล่าวให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้และทักษะ, การช่วยฟื้นคืนชีพ, นักศึกษายาบาล

Abstract

Introduction: Cardiopulmonary Resuscitation quality is an important determinant of cardiac arrest outcome.

Research objectives: The study aimed to investigate the Effects of Providing Knowledge and Skills for Cardiopulmonary Resuscitation of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.

Research methodology: This quasi-experimental study was one-group pretest-posttest design. The study samples from 50 people each year, a total of 150 people the 1st to 3rd year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok for the year 2018 academic year, who have never received Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) training were randomly assigned into the experimental groups. The experimental group were received training activities of providing knowledge and skills for CPR such as lecture, demonstration and return demonstration and focus group. The instruments used for data collection including the CPR knowledge examination of multiple choice, and the CPR skill checklist. Data were analyzed using descriptive statistics and mean scores of knowledge and skills of CPR were compared by using the Dependent t-test.

Results: The results of study were as followed: 1. Mean score of knowledge related to CPR of the experimental group after receiving the training activities ($\bar{X}$ = 15.89, SD. = 1.78) was higher than before the experiment ($\bar{X}$ = 13.80, SD = 2.35) with statistical significance at .000 (t = 10.12, p < .001); 2. Mean score on CPR skill of the experimental group after receiving the training activities ($\bar{X}$ = 6.58, SD. = 2.33) was greater than before the experiment ($\bar{X}$ = 1.74, SD. = 2.02) with statistical significance at .001 (t = 20.24, p = .000) and effective of Chest compression after receiving the training activities ($\bar{X}$ = 63.21, SD. = 16.70) was greater than before the experiment ($\bar{X}$ = 49.30, SD. = 14.20) with statistical significance at .000 (t = 7.47, p < .001)

Conclusions: Based on the study findings, it could be concluded that the providing knowledge and skills for cardiopulmonary resuscitation could increase knowledge and skills of CPR for nursing students.

Implications: Therefore, the training activities of CPR should be continuously implemented on a yearly basis and should be expanded to other groups of college of nursing students and general public.

Keyword: knowledge and skills, cardiopulmonary resuscitation (CPR), nursing students

บทนำ

ปัจจุบันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden cardiac arrest) มีแนวโน้มการเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี¹ สำหรับประเทศไทย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็น 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ที่สำคัญพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถึง 30.2 ต่อแสนประชากร โดยผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปี ซึ่งพบสูงที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร² ส่วนในประเทศไทย พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล และมีผู้เห็นเหตุการณ์และทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) โดยทันที ร้อยละ 40.10 และมีเพียงร้อยละ 9.50 ที่รอดชีวิต³ สำหรับประเทศไทยการช่วยฟื้นคืนชีพ จะพบเห็นได้บ่อยขึ้นจากข่าวและสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งมีทั้งรอดชีวิตและเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ แม้ว่าการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจะมีความสำคัญ แต่ในประเทศไทยมีผู้ที่ผ่านการอบรมทางด้านนี้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชากรทั้งประเทศ⁴ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น โดยวิธีการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไขพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

การจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรเรียนรู้ เพื่อให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์กรณีฉุกเฉินที่เกิดภาวะหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นในครอบครัวและเพื่อน หรือแม้แต่พบเห็นเหตุการณ์ดังกล่าวโดยบังเอิญสามารถประเมินผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและต่อเนื่อง เป็นไปตามมาตรฐานจนกว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต่อไป ซึ่งสมาคมหัวใจอเมริกัน⁵ ได้ให้ข้อมูลสำคัญ การช่วยฟื้นคืนชีพในประเด็นที่เปลี่ยนแปลงและปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพในการช่วยชีวิตจากปี พ.ศ. 2558 โดยแบ่งคุณลักษณะของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็น 3 ประเภท คือ 1) ไม่ได้รับการฝึกอบรม 2) ได้รับการฝึกอบรมด้วยการกอดหน้าอกอย่างเดียว และ 3) ได้รับการ

ฝึกอบรมด้วยการกอดหน้าอกร่วมกับการช่วยหายใจ จะเห็นได้ว่าสมาคมหัวใจอเมริกัน มีการปรับปรุงข้อมูลในประเด็นที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษานานหลายประเทศพบว่า ความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยบุคลากรทางการแพทย์ยังมีคุณภาพไม่ดีพอ⁶ ทั้งการกอดหน้าอกที่ยังไม่ลึกพอ อัตราการกอดหน้าอกยังไม่เร็วพอ และวางมือผิดตำแหน่ง จากการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศไอร์แลนด์ ฟินแลนด์ และเกาหลี พบว่าความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนควรปฏิบัติได้นั้น กลับพบว่ามีคุณภาพที่ไม่ดีพอในประเด็นดังกล่าวเช่นเดียวกัน⁷

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในประเด็นที่หลากหลาย ทำให้ทราบถึงปัญหาและปัจจัยที่มีผลทำให้การช่วยฟื้นคืนชีพไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นงานวิจัยของ Partiprajak⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกอดหน้าอก ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับร้อยละของความถูกต้องในการกอดหน้าอก ดังนั้นในการสอนช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงควรเน้นการพัฒนาความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และผู้สอนควรเน้นเทคนิคการกอดหน้าอกให้ลึกเพียงพอและกอดหน้าอกในอัตราเร็วที่เหมาะสม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เป็นสถาบันการศึกษามีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่ต้องร่วมรับผิดชอบชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นส่วนหนึ่งของวิชาเวชบริบาลเบื้องต้นที่หลักสูตรได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในหมวดวิชาเฉพาะของกลุ่มวิชาชีพ ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลต้องฝึกภาคปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงทั้งในชุมชนและในคลินิก การปฏิบัติหน้าที่เวชสุขภาพในหอพัก โดยรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลที่มีอาการ

เจ็บป่วยภายใต้การดูแลของอาจารย์เวรปกครองหอพัก ประกอบกับในบริเวณหอพักมีสระว่ายน้ำ ไว้บริการนักศึกษา ซึ่งอาจเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้ เช่น การจมน้ำ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนป้องกันการจมน้ำระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2564) เป็นยุทธศาสตร์ชาติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างรูปธรรม เน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการภายใต้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน² ซึ่งจากการประเมินความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 จากการสุ่มชั้นปีละ 50 คน รวม 150 คน พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ป่วยหมดสติคิดเป็นร้อยละ 8 และไม่ทราบขั้นตอนการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) ร้อยละ 10 รวมทั้งไม่ทราบตำแหน่งในการวางมือเพื่อกดนวดหัวใจ ร้อยละ 32 นอกจากนี้จากการสังเกตเมื่อให้นักศึกษาฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากหุ่นจำลอง พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่จะนั่งงงและมองไปรอบ ๆ บริเวณหุ่นจำลองเป็นเวลาประมาณ 1-2 นาทีก่อนที่จะเริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย นักศึกษาบางคนกดหน้าอกผิดตำแหน่ง และไม่เปิดใช้กล่องอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งที่ผ่านมามีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาล ยังไม่มีการจัดอบรมอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในลักษณะของงานวิจัย ตลอดจนยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ

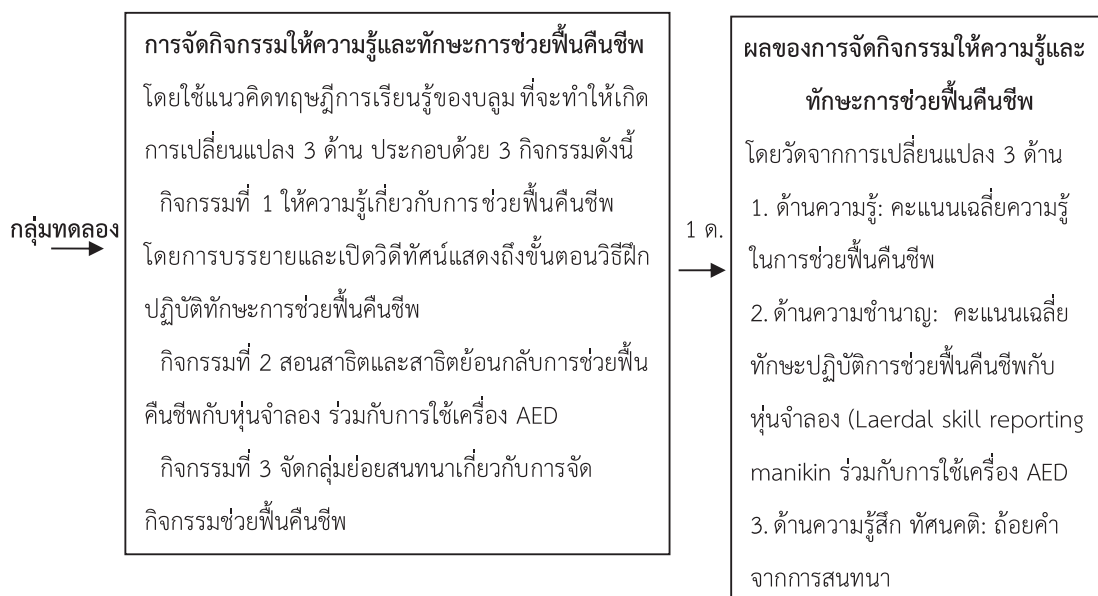
ของการจัดอบรมในนักศึกษาพยาบาล ทำให้ขาดพื้นฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการอบรมทั้งในด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ จากปัญหาที่พบจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการเข้าถึงอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพได้ทันทั่วทั้งที่มีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลรักษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy)³ กล่าวคือเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความคิด (Cognitive domain) 2) ด้านความรู้สึก ทักษะค่านิยม (Affective domain) และ 3) ด้านความชำนาญ (Psychomotor domain) ซึ่งหากบุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นแล้ว จะทำให้งานสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนขั้นตอนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนขั้นตอนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 446 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตมาก่อน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (sample random sampling) ชั้นปีละ 50 คน รวมทั้งหมดจำนวน 150 คน มาเข้ากลุ่มทดลองด้วยความสมัครใจ ซึ่งเป็นการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) การได้มาของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ใช้เกณฑ์คำนวณ $ES = 0.5s$ หมายถึง ผลการทดลองขนาดกลาง และกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ซึ่งคำนวณได้ชั้นปีละ 43 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวจากการวิจัย (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 50 คน เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอในการหาข้อสรุปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

วิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร รหัสจริยธรรมวิจัย 2562-11 ลงวันที่ประชุม 26 เมษายน พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการเรียนการสอน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2561

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลอง (Laerdal skill reporting manikin) มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ร่วมกับการใช้เครื่อง AED ลักษณะแบบประเมินประกอบด้วย ไม่ได้ทำ ทำไม่ถูกหรือผิดขั้นตอน และทำ ในการประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนี้จะประเมินกลุ่มตัวอย่างได้รอบละ 3 คน ใช้เวลารอบละ 15 นาที/กลุ่ม โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จะได้ 1 คะแนนเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องเท่านั้น ส่วนประสิทธิภาพในการกดหน้าอก ระบบจะประมวลผลออกมาเป็น % ค่าเฉลี่ยของระดับสมรรถนะการฝึกทักษะที่ผ่านเกณฑ์คือ ตั้งแต่ 80% เป็นต้นไป

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ในประเด็น “หัวใจหยุดเต้นสำคัญอย่างไรและใครเป็นกลุ่มเสี่ยงบ้าง” เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบของ Chaisongmuang และ Pearkao¹⁰ มาใช้เนื่องจากเนื้อหาข้อคำถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมสมรรถนะปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนดโดยสมาคมหัวใจอเมริกัน ปี ค.ศ. 2015 ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และ

ทีมหน่วยกู้ชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ชนิดแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 20 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หุ่นจำลอง (Laerdal skill reporting manikin) ได้ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมหัวใจอเมริกัน ปี ค.ศ. 2010

2. แบบทดสอบที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 5 ท่าน พบว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.6-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเพื่อดำเนินงานวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ประจำปีการศึกษา 2561 ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพที่จัดโดยวิทยาลัยมาก่อน ชั้นปีละ 50 คน รวมทั้งหมดจำนวน 150 คน จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

2. ทำหนังสือขออนุมัติเชิญหัวหน้าหน่วย EMS และทีมผู้ช่วย พร้อมประสานงานกับทีม เพื่อจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอใช้สถานที่ในการปฏิบัติทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพกับหุ่นจำลอง ณ ศูนย์ฝึกอบรมของโรงพยาบาลราชวิถี

3. ประชาสัมพันธ์การวิจัยและติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่จัดโดยวิทยาลัยมาก่อน มีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์มาเป็นกลุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 50 คน รวมทั้งหมดจำนวน 150 คน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

4.1 ทำการประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วย

ฟื้นคืนชีพในกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 50 คน แยกตามชั้นปี โดยใช้โจทย์สถานการณ์ “เมื่อเจอผู้ป่วยหมดสติและหยุดหายใจ เป็นคนแรก ท่านจะอย่างไร” ให้นเวลาการศึกษาคนละ 2 นาที สำหรับปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพกับหุ่นจำลอง ณ โรงพยาบาลราชวิถี

4.2 ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ในประเด็น “หัวใจหยุดเต้นสำคัญอย่างไรและใครเป็นกลุ่มเสี่ยงบ้าง” ผ่าน Google form โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 20 นาที และแจ้งข้อมูลให้ทราบในภาพรวม

4.3 จัดกิจกรรมการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยแยกเป็นชั้นปีละ 50 คน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 3-4 ชั่วโมง

4.4 ประเมินความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง หลังได้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ ศูนย์ฝึกอบรมโรงพยาบาลราชวิถี ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562

5. รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

6. แปลผลและรายงานผลการวิจัย และจัดทำเล่มวิจัยฉบับสมบูรณ์และตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์แบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ด้วยการหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะของข้อมูล ระดับความรู้และทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับดังนี้ 14.52, 14.32 และ 12.52 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าชั้นปีที่ 1 เพราะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 จะได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในหมวดวิชาชีพทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อนและหลากหลายและมีประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ทำให้นักศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพได้มากกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ดังตารางที่ 1

2. ผลการฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพกับหุ่นจำลอง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ทุกคน ไม่ได้ตรวจสอบความปลอดภัยของผู้หมดสติในขั้นตอนแรก และเมื่อพิจารณาครบทุกขั้นตอน พบว่าขั้นตอนการนับ 1-2-3 และทำกดปั๊ม shock นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-2 ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งขั้นตอนต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทำ โดยทั้ง 3 ชั้นปีมีทักษะปฏิบัติแต่ละขั้นตอนสูงและต่ำสลับกัน ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าชั้นปีไหนมีทักษะที่สูงกว่ากันอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะเกิดความตื่นเต้น และด้านความแข็งแรงของ

ร่างกายแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ทำให้บางคนไม่มีแรงกดหน้าอกหรือกดไม่ลึกพอ รวมทั้งไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน จึงยังไม่ทราบขั้นตอนการช่วยชีวิตที่ถูกต้องและเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าข้อมูลค่าคะแนนของแต่ละชั้นปีก่อนทดลองมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ สามารถวิเคราะห์ทางสถิติและอภิปรายผลต่อไปได้ ผลปรากฏดังตารางที่ 2

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 15.89$, $SD. = 1.78$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 13.80$, $SD. = 2.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 6.58$, $SD = 2.33$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 1.74$, $SD = 2.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 4) และประสิทธิภาพขั้นตอนการกดนวดหัวใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 63.21$, $SD. = 16.70$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 49.30$, $SD. = 14.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) (n = 150)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ (pre-test)	Min.	Max.	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ชั้นปีที่ 1	6	16	12.52	2.306	ไม่ผ่าน
ชั้นปีที่ 2	10	19	14.32	2.133	ไม่ผ่าน
ชั้นปีที่ 3	9	20	14.52	2.131	ไม่ผ่าน
รวมทุกชั้นปี	6	20	13.80	2.352	ไม่ผ่าน

ตารางที่ 2 แสดงผลการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน	ทำ			ทำไม่ถูกหรือผิดขั้นตอน			ไม่ได้ทำ		
	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 1	ปี 2	ปี 3
ตรวจสอบความปลอดภัย	0	0	0	0	0	0	100	100	100
ปลุกเรียกผู้ป่วย	36.00	52.00	44.00	16.00	24.00	32.00	48.00	24.00	24.00
ขอความช่วยเหลือ โทรเรียก 1669 และ AED	10.00	12.00	18.00	4.00	34.00	12.00	86.00	54.00	70.00
ตรวจการหายใจ และชีพจรภายใน 10 วินาที	30.00	30.00	26.00	36.00	30.00	30.00	34.00	40.00	44.00
ทำการกดหน้าอกทันที 30 ครั้ง สลับช่วยหายใจ 2 ครั้ง	12.00	18.00	6.00	64.00	60.00	64.00	24.00	22.00	30.00
คะแนนเฉลี่ย (%)									
				ปี 1	ปี 2	ปี 3			
กดลึก 5-6 เซนติเมตร (%)				5.96	9.94	11.59			
อัตราเร็วถูกต้อง 100-120 ครั้ง/นาที				22.82	33.88	29.91			
ตำแหน่งวางมือถูกต้อง (%)				54.14	66.56	76.78			
ปล่อยมือสุด (%)				91.68	95.04	93.26			
รวมกดหน้าอกถูกต้อง (เฉลี่ยทั้งหมด)				43.65	51.36	52.88			
	ทำ			ทำไม่ถูกหรือผิดขั้นตอน			ไม่ได้ทำ		
	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 1	ปี 2	ปี 3
ช่วยหายใจเปิดทางเดินหายใจ ปีบจมูก เป่าลมเข้าปาก 1 วินาที	18.00	16.00	0	4.00	12.00	12.00	78.00	80.00	76.70
กดหน้าอกต่อเนื่อง ขณะเปิดใช้ AED	4.00	0	4.00	2.00	0	12.00	94.00	62.00	85.30
กดปุ่มเปิดเครื่อง	8.00	2.00	38.00	2.00	0	4.70	90.00	50.00	79.30
นำแผ่น electrode 2 แผ่น ติดบน ผิวหนังตามตำแหน่ง	6.00	0	42.00	4.00	2.00	4.70	90.00	50.00	79.30
ไม่แตะต้องตัวผู้ป่วยระหว่างทำการ วิเคราะห์	6.00	2.00	34.00	4.00	0	5.30	90.00	54.00	80.70
นับ 1-2-3 และทำการกดปุ่ม shock อย่างถูกต้อง	0	0	10.00	6.00	0	13.30	94.00	56.00	83.30
กดหน้าอกต่อทันทีหลังทำการ shock	4.00	0	28.00	2.00	0	4.60	94.00	60.00	84.70

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรม (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

Test	n	Total score	$\bar{X}$	S.D.	t	p
Pretest	150	20	13.80	2.352	10.12	<.001
Posttest	150	20	15.89	1.789		

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรม

Test	n	Total score	$\bar{X}$	S.D.	t	p
Pretest	150	12	1.74	2.02	20.24	<.001
Posttest	150	12	6.58	2.34		

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบประสิทธิภาพขั้นตอนการกวดหัวใจในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมกิจกรรม (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

Test	n	Total score	$\bar{X}$	S.D.	t	p
Pretest	150	100	49.30	14.20	7.47	<.001
Posttest	150	100	63.21	16.70		

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ของผู้ให้ข้อมูลหลัก จากนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 10 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเองจากประสบการณ์การเรียนรู้ ระหว่างการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเห็นประโยชน์ของการจัดกิจกรรม ให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพกับบทบาทการเป็น นักศึกษาพยาบาล ได้แสดงความคิดเห็นหลากหลาย จำแนก ได้ 6 ประเด็นย่อยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

1) เพิ่มทักษะในการช่วยชีวิต 2) มีความรู้เกี่ยวกับการ CPR ที่ถูกต้อง 3) ช่วยชีวิตคนที่หมดสติได้จริงและอาจได้ทำบวอร์ด 4) เป็นความรู้ติดตัวไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน และนำความรู้ที่ได้รับไปสอนต่อ 5) เป็นพื้นฐานในการเรียนวิชาวิกฤต และ 6) เพิ่มความมั่นใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวด้วยคำดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการ CPR ที่ถูกต้อง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือพบเห็นสถานการณ์ฉุกเฉินสามารถตัดสินใจ และช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม” ID 17, 18, 24, 25, 31, 33, 34

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับดังนี้ 14.52, 14.32 และ 12.52 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าชั้นปีที่ 1 เพราะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 จะได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในหมวดวิชาชีพทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อนและหลากหลายและมีประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยทำให้นักศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพได้มากกว่า ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ยังไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.51 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับต่ำ และร้อยละ 66.88 มีคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพโดยรวมในระดับสูง ประสบการณ์ตรงในการช่วยฟื้นคืนชีพและลักษณะหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับต่ำ¹¹ สามารถอภิปรายได้ว่าการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหมวดวิชาชีพทางการพยาบาลทำให้นักศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพมากขึ้นตามลำดับของชั้นปี

2. ผลการฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพกับหุ่นจำลอง ร่วมกับการใช้เครื่อง AED พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ทุกคน ไม่ได้ตรวจสอบความปลอดภัยของผู้หมดสติในขั้นตอนแรก และเมื่อพิจารณาครบขั้นตอนพบว่าขั้นตอนการนับ 1-2-3 และทำกดปั๊ม shock นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-2 ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งขั้นตอนต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทำ โดยทั้ง 3 ชั้นปี มีทักษะปฏิบัติแต่ละขั้นตอนสูงและต่ำ สลับกัน ซึ่งไม่

สามารถบอกได้ว่าชั้นปีไหนมีทักษะที่สูงกว่ากันอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะเกิดความตื่นเต้น และด้านความแข็งแรงของร่างกายแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ทำให้บางคนไม่มีแรงกดหน้าอกหรือกดไม่ลึกพอ รวมทั้งไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน จึงยังไม่ทราบขั้นตอนการช่วยชีวิตที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกดหน้าอก ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่ามีการกดหน้าอกที่ตื้น (< 50 มิลลิเมตร) และกดด้วยอัตราเร็วเกินไป (> 120 ครั้งต่อนาที) รวมทั้งความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับร้อยละของความถูกต้องในการกดหน้าอก นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับร้อยละของความถูกต้องในการกดหน้าอก^{8, 11} สามารถอภิปรายได้ว่า

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 15.89$, $SD. = 1.78$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 13.80$, $SD. = 2.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยการบรรยาย ร่วมกับการเปิดวิทัศน์เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองของนักวิชาการหลายท่านทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยใช้โปรแกรมหรือจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ระดับ <.001-.01¹²⁻¹⁶ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลปัญหาจากการสำรวจความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตมาก่อน โดยการทำแบบทดสอบความรู้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถจัด

กิจกรรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพได้ตรงประเด็นตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และการจัดกิจกรรมได้ดำเนินการไปตามกระบวนการของรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการ เพื่อพัฒนาพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy)⁹ ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 6.58$, $SD = 2.33$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 1.74$, $SD = 2.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และประสิทธิภาพขั้นตอนการกหนดหัวใจ หลังการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 63.21$, $SD = 16.70$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 49.30$, $SD = 14.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 แสดงว่าการจัดกิจกรรมการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยการฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลอง ร่วมกับการใช้เครื่อง AED ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และประสิทธิภาพขั้นตอนการกหนดหัวใจของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีสูงขึ้น สามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอน และจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเห็นว่าการจัดกิจกรรมสามารถพัฒนาทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้จริง เช่น รู้วิธี CPR ที่ถูกต้อง สามารถช่วยผู้ที่หมดสติได้ ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ CPR ได้ พร้อมทั้งจะเข้าไปช่วยเหลือโดยใช้ทักษะที่ได้จากการอบรมให้ดีที่สุด เข้าใจหลักการและวิธีการทำ CPR และการใช้เครื่อง AED ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองของนักวิชาการหลายท่านทั้งต่างประเทศ

และในประเทศไทยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยใช้โปรแกรมหรือจัดกิจกรรมการฝึกอบรมขั้นตอนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพที่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ระดับ < .001-01¹²⁻¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ก่อนจัดกิจกรรมฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรมีการประเมินความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาทุกชั้นปี เพื่อตรวจสอบสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปี จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มและดำเนินการจัดกิจกรรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม

2. ควรสนับสนุนให้มีการนำกิจกรรมฝึกอบรมการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพไปปรับใช้หรือสร้างใหม่ในกลุ่มอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาทุกคน เพื่อส่งเสริมให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาทุกคน ได้มีความรู้และเกิดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง

3. ควรวางแผนการจัดกิจกรรมในทุกปีเพื่อเป็นการทบทวนฝึกฝนให้เกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปถ่ายทอดให้แก่ชุมชนรอบวิทยาลัยฯ เพื่อตอบสนองนโยบายของสถาบัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้แบบแผนการวิจัย (Research design) แตกต่างไปจากแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ที่วิจัยในครั้งนี้ และมีความหลากหลายยิ่งขึ้น ผู้วิจัยที่มีความสนใจสามารถที่จะออกแบบการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมด้วยในการวิจัยครั้งต่อไปได้ เนื่องจากผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถสรุปได้อย่างหนักแน่นว่าเป็นผลมาจากสิ่งทดลอง เพราะอาจเกิดจากปัจจัยภายนอก (Extraneous factors) รบกวนได้

References

1. O' Gara PT, Kushner FG, Ascheim D D, Casey DE, Chung MK, de Lemos J A. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-Elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology Foundation American Heart Association task force on practice guidelines, [internet].2013 (cited 2019 Dec 25);e362-425. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0b013e3182742cf6>
2. Division of Non Communicable diseases. Annual report bureau of non-communicable diseases, department of disease control, Ministry of Public Health. [internet]. 2017 (cited 2019 Dec 25); Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/NCDReport60.pdf>. (in Thai)
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB. Heart disease and stroke statistic - 2013 update a report from the American Heart Association. Circulation 2012;127(1): e6-e45.
4. Srisuk P, Apiratwarakul K, Lenghong K, Rattanaseeha P, Kotruchin P, Buranasakda M. Effectiveness of Basic Life Support and Automated External Defibrillator short-course training in undergraduate students. Srinagarind Med J 2017;32(4):332-7. (in Thai)
5. American Heart Association. Guidelines focused updates –CPR& ECC guidelines. [internet]. 2017 (cited 2019 Dec 25); Available from: https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2017/12/2017Focused updates-highlights_TH.pdf.
6. Kim EJ, Lee KR, Lee MH, Kim JY. Nurses' cardiopulmonary resuscitation performance during the first 5 minutes in in-situ simulated cardiac arrest. J Korean Acad Nurs 2012;42:361-8.
7. Roh YS, Issenberg SB. Association of cardiopulmonary resuscitation psychomotor skills with knowledge and self-efficacy in nursing students.International Journal of Nursing Practice. [internet]. 2013 (cited 2019 Dec 25); Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12212/pdf>.
8. Partiprajak S. Relationship between knowledge, perceived self-efficacy in Basic Life Support (BLS) and chest compression performance among undergraduate nursing students. Songklanagarind J Nurs 2015;35(1):119-34. (in Thai)
9. Anderson LW, David K, (Ed.). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives.[internet].2001 (cited 2019 Dec 25); Available from: <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>
10. Chaisongmuang P, Pearkao C. Effects of first aid to sudden cardiac arrest program for high-school students in Northeast Thailand. NJPH 2018;28(2):118-32. (In Thai)

11. Seangnhern U, Uppanisakorn S, Chinnawong T. Factors related to nurses' knowledge and skills in cardiopulmonary resuscitation in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind J Nurs* 2012;32(1):1-10. (in Thai)
12. Sriklo M, Yujaiyen M, Sriamonruttanakul T. The effects of an education program promoting basic cardiopulmonary life support on knowledge and skills of basic cardiopulmonary life support of middle school students. *JHNR* 2019;35(1):239-51. (in Thai)
13. Baunoo W. Effectiveness of telephone cardiopulmonary resuscitation program for out-of-hospital cardiac arrest of senior high school students. *JPR2R* 2019;6:37-47. (in Thai)
14. Buathongjun J, Teerawatskul S, Suttineam U. Effect of basic life support program on basic life support competency in the supporting staff of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *BCNUT J Nurs* 2018;10(1):69-82. (in Thai)
15. Norkaeo D, Treenon P, Chabuakam N, Kanbupar C, Teanthong S, Kaewmanee C. Nursing students knowledge and skills about basic life support (BLS): The effects of simulation-based learning. *SCNJ*. 2018;5(3):84-95. (in Thai)
16. Apiratanawong S, Piyakong D, Pongrangsarn P, Piyasiripan N, Khamboon T, Pothimas N, et al. The effects of a basic life support program on knowledge and attitude toward basic life support among high school students. *JNHS* 2018;12(3):146-57. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกของ
นิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Effects of Stress Management Program Applied Self-Efficacy Theory on Stress
from First Nursing Practical among Student Nurses,
Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

Received: Apr 23, 2020

Revised: May 16, 2020

Accepted: May 20, 2020

สุลี ถาวรกุล วท.ม. (Sulee Thavongul, M.S.)¹สมคิด ปราบภัย ปร.ด. (Somkid Prabpai, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นตัวกระตุ้นสำคัญให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากรหัสประจำตัวนิสิต แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด และแบบวัดความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ทดสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .75 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด และพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลหลังการทดลองต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

¹ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ
E-mail: Sulee_th@hotmail.com

² Corresponding author อาจารย์สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ E-mail: sbcskp@ku.ac.th
Faculty of Education Kasetsart University, Bangkok Thailand

สรุปผล: จากผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้นิสิตพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมในการจัดการความเครียด และสามารถลดความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มระยะเวลาในการทำโปรแกรมเป็น 6-8 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้นิสิตเกิดทักษะ ความชำนาญจนทำให้เกิดความมั่นใจ และมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่มากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความเครียด, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความเครียด, นิสิตพยาบาล

Abstract

Introduction: Attending to patient in the ward is an important stressor in nursing students.

Research objectives: This quasi experimental study aimed to evaluate an effectiveness of stress management program guiding by a modified theory for perceiving his or her own ability in managing stress during the first clinical practice in nursing for nursing students, Faculty of Nursing, Srinakarinwirot University.

Research methodology: Participants were the 2nd year nursing students in the second semester of the academic year 2562. A simple random sampling technique was used to recruit participants using lots of students' identification number. Sample included 70 students; 35 in the experimental group, and 35 in the control group. The experimental group received the modified stress management program; while the control group received the regular program. Data were collected using questionnaires (perception of ability in managing stress, behavior in managing stress, and level of stress in nursing practice) The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaires were .86, .75, and .98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), independent t-test, and paired t-test.

Results showed that the experimental group reported statistically significantly higher mean scores of the perceptive ability and the behavior in managing stress than the control group ($p < .001$). Furthermore, the experimental group possessed statistically significant lower level of stress than the control group ($p < .001$).

Conclusions: This study showed that the modified theory in perceiving the ability in stress management could help nursing students in perceiving and dealing with their stress and lessen their stress level during the clinical practice in the in-patient department.

Implications: Course duration should be extended to 6-8 weeks to further improve student's skills and promote confidence in order to learn effectively.

Keywords: stress management, self-efficacy, stress, nursing students

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย หากเกิดความผิดพลาดในการให้บริการจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ การศึกษาของสาขาวิชาชีพพยาบาล จึงจำเป็นต้องเน้นการเรียนรู้อย่างหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการศึกษาศาสตร์ปฏิบัติถือว่าเป็นหัวใจของการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและความสามารถในการปฏิบัติ การพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพ ผู้เรียนต้องฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ทำให้ต้องประสบกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา¹⁻³ ดังนั้น การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจึงเป็นตัวกระตุ้นสำคัญให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล⁴ สาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดในการฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยครั้งแรกนั้น คือ การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน บางครั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่คาดคิด มีความรู้และประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอ ขาดความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ ความยากลำบากในการประยุกต์ความรู้ทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลของตนเอง ขาดทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล การทำงานหลายอย่างในเวลาจำกัด การเห็นภาพและได้กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานในอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กลัวการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย⁵ ตลอดจนทักษะการสื่อสารต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น อาจารย์ประจำคลินิก พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่น ๆ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ^{5,6} จากสาเหตุดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพนิสิตจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยและการปรับตัวได้ดี เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ จึงได้มีการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้และเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการ (Learning Resource Center; LRC) เพื่อให้นิสิตพยาบาลมีความพร้อมมากยิ่งขึ้นในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย เช่น การฝึกประสบการณ์และเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เสริมที่เพิ่มเติมจาก

การเรียนการสอนตามปกติในห้อง LRC โดยให้นิสิตฝึกหัดการที่ไม่มั่นใจ ทำจนเกิดความมั่นใจในการทำหัตถการนั้น ๆ ซึ่งจะมีอาจารย์ที่เลี้ยงประจำกลุ่มคอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละหัตถการ การกระทำนี้จะส่งผลทำให้ผู้เรียนมีความรู้ รู้จักลำดับขั้นตอนในการให้การพยาบาล เกิดความมั่นใจ รับรู้สถานการณ์ที่จะพบทำให้ได้เตรียมตัว เตรียมใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง จนส่งผลให้ความเครียดของผู้เรียนลดลงได้^{6,7,8} นอกจากนี้ที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดไว้หลากหลายวิธีที่สามารถลดความเครียดได้ผลดี ตัวอย่าง เช่น การเลือกมองโลกในแง่ดี⁹ การใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความรู้สึก การจัดการกับอารมณ์^{10,11} การใช้วิธีลดความเครียดของตนเอง การปรับทุกข์ การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น¹² การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกปฏิบัติการการพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษา¹³ การเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล¹⁴ เป็นต้น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลศาสตร์ที่เน้นการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตามคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาล ด้วยความเข้มข้นของการจัดการเรียนการสอนนี้ส่งผลให้นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มีความเครียดเกิดขึ้น จากการศึกษาเบื้องต้นของผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน ได้พบว่า ร้อยละ 86.67 นิสิตพยาบาลยังมีความไม่มั่นใจในความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับการฝึกฝนมา เช่น ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ รู้สึกเครียดเมื่อปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ความยากลำบากในการประยุกต์ความรู้ทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาความเครียดในนิสิตพยาบาล และเห็นว่าการสร้างความมั่นใจในปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (Bandura's Self-Efficacy Theory) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะ

ตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อนิสิตพยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล จากการได้มีโอกาสทบทวนความรู้ด้านทฤษฎีและฝึกทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลในห้องปฏิบัติการ ก็จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งในที่สุดจะกลายเป็นทักษะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล และจะส่งผลต่อการป้องกันภาวะความเครียดจากการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยตามมา

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียนรู้ 5 กิจกรรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

-กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะหัตถการทางการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง

-กิจกรรมที่ 2 การอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan)

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การจัดการความเครียด

- กิจกรรมที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียด

- กิจกรรมที่ 2 ทักษะการจัดการความเครียด ด้านการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ จากเรื่องเล่า ประสบการณ์จากรุ่นพี่ และฝึกบทบาทสมมุติ (Role play) สถานการณ์จำลอง

- กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางบวกในระหว่างการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลัง

ตัวแปรตาม

- ความเชื่อมั่นในการจัดการความเครียด
- พฤติกรรมจัดการความเครียด
- ความเครียด

การได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการได้รับโปรแกรมการ
จัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความ
สามารถของตนเอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองคะแนนการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการจัดการความเครียดของนิสิตกลุ่มทดลองสูง
กว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการ
ความเครียดของนิสิตกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมจัดการ
ความเครียดของนิสิตกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการ
จัดการความเครียดของนิสิตกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการทดลองคะแนนความเครียดในการขึ้น
ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนิสิตกลุ่มทดลองต่ำกว่าคะแนน
ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนิสิตกลุ่ม
เปรียบเทียบ

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experi-
mental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทำการ
ทดลอง (pretest-posttest design with comparison
group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และ
หลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากร คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษา
ในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่
กำลังศึกษาในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ
ทางการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย
โดยการจับฉลากตามรหัสประจำตัวนิสิต คำนวณขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอ้างอิงใน Chirawatkul¹⁵ ได้กลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 33 คน และได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง

ร้อยละ 5 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (Drop out)
การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มละ 35 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม
ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน
ต่อกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการ
จัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความ
สามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) และโรค
ประจำตัว เป็นแบบสอบถามแบบตรวจรายการ (check list)
ให้เลือกตอบเพียงข้อใดข้อหนึ่งที่ตรงตามข้อมูลของกลุ่ม
ตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการจัดการความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา
จากหนังสือ ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด
จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-
Efficacy) ของ Bandura¹⁶ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า
(rating scale) 5 ระดับ คือ 1-5 (น้อยที่สุด-มากที่สุด) จำนวน
13 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์
ในการจัดการความเครียด 6 ข้อ และการรับรู้ความสามารถ
ในการจัดการความเครียด 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการ
ความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากหนังสือ ตำรา
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการ
ความเครียด โดยแบ่งพฤติกรรมจัดการความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือ พฤติกรรมจัดการความเครียดด้านมุ่ง
แก้ปัญหา และพฤติกรรมจัดการความเครียดด้านมุ่งลด
อารมณ์ จากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman,
1984¹⁷ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถาม แบบประมาณค่า
(rating scale) 3 ระดับ คือ 1-3 ได้แก่ 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็น
ประจำ 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคย
ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติ
ทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากหนังสือ

ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยครั้งแรก โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1-5 (น้อยที่สุด-มากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกของนิสิตพยาบาลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลพื้นฐาน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการบนหอผู้ป่วย 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 32 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซ์ (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการความเครียด และแบบวัดความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ .86, .75 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. COA63/006 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563) และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

ด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามความสมัครใจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยในการทำการทดลอง โดยศึกษาวิธีการและขั้นตอนจนเข้าใจ

3. ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือก มีการแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายถึงโครงการวิจัย ลักษณะกิจกรรมที่ต้องมีการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัย

4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเตรียมสถานที่ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และนัดหมายกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ทำแบบสอบถาม (pre-test) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการความเครียด และแบบวัดความเครียดในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้เวลา 45 นาที

กลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียนรู้ 5 กิจกรรม ได้แก่

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะหัตถการทางการพยาบาล ในสถานการณ์จำลองบนหอผู้ป่วย โดยแบ่งอาสาสมัครเป็น 7 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน หมุนเวียนการฝึกปฏิบัติตามฐานฐานละ 90 นาที ประกอบไปด้วย 7 ฐาน ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาทางหลอดเลือดดำ การฉีดยาทางกล้ามเนื้อ การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายให้อาหารและการให้อาหารทางสาย การดูดเสมหะ และการทำแผล

กิจกรรมที่ 2 การอ่านเวชระเบียนและการเขียนการวางแผนทางการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นกิจกรรมที่ให้อาสาสมัครฝึกอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติจริง และการฝึกเขียนการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการขึ้นฝึกบนหอผู้ป่วย จำนวน 1 ครั้ง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การจัดการความเครียด แบ่งได้เป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียด เป็นการให้ความรู้ สาเหตุ ปัจจัย อาการแสดง และแนวทางการจัดการความเครียด จำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการจัดการความเครียด แบ่งเป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ โดยเรียนรู้ จากเรื่องเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย จากรุ่นพี่ จำนวน 1 ครั้ง และฝึกทักษะบทบาทสมมติ (Role play) ในสถานการณ์จำลอง 5 สถานการณ์ จำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังทางบวกในระหว่างการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือในระหว่างขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ทาง line โทรศัพท์มือถือ และสถานที่ทำงานของผู้วิจัย หลังสิ้นสุดกิจกรรมมีการทำแบบทดสอบหลังทำการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการความเครียด และแบบวัดความเครียดในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้เวลา 45 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรจากทางคณะพยาบาลจัดตามปกติ และได้รับคู่มือการพยาบาลพื้นฐาน และทำการนัดหมายเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุด

การทดลอง (Post-test) และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียด พฤติกรรมการจัดการความเครียด และความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ภายในกลุ่มก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.14 ทั้งสองกลุ่ม) มีอายุเฉลี่ย 19.71 ปี (SD. = 0.57) และ 19.94 ปี (SD. = 1.35) ตามลำดับ มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.22 (SD. = 0.31) และ 3.27 (SD. = 0.24) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.57 และร้อยละ 67.71 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คุณลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = .138$) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = .312$) แต่หลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับการทดลอง พบว่า คะแนน

เฉลี่ยของความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = .40$) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนการรับรู้	กลุ่มศึกษา					
ความสามารถของตนเองใน การจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	49.11	5.96	50.62	5.57	1.09	.138
หลังการทดลอง	54.66	4.39	49.8	5.98	3.88	<.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการจัดการความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนพฤติกรรมในการ การจัดการความเครียด	กลุ่มศึกษา				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	30.66	3.91	31.06	3.17	0.47	.312
หลังการทดลอง	33.97	2.31	30.71	2.48	5.69	<.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนความเครียด จากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล	กลุ่มศึกษา				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	70.69	11.09	71.40	12.10	0.26	.40
หลังการทดลอง	63.49	12.10	73.46	6.23	5.76	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด ด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรก พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ความสามารถในการจัดการความเครียด พฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรก โดยกิจกรรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบรนดูรา มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกทักษะหัตถการทางการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง การฝึกอ่านเวชระเบียนผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) เป็นสถานการณ์เน้นทักษะหัตถการทางการพยาบาลตามฐานต่าง ๆ ทั้ง 7 ฐานตามสถานการณ์จำลอง ฝึกแต่ละหัตถการจนเกิดความชำนาญ มีอาจารย์พี่เลี้ยงประจำฐานทุกฐาน เพื่อให้คำแนะนำและเสนอแนะ และสรุปหัตถการในแต่ละฐานที่เข้าใจ สามารถจดจำขั้นตอนได้ง่ายต่อการจดจำ ในด้านการฝึกอ่านเวชระเบียนผู้ป่วย โดยการฝึกนำข้อมูลที่มีอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยและให้ฝึกการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) จากข้อมูลในเวชระเบียน ส่งผลให้นิสิตสามารถคิดวิเคราะห์ ลำดับขั้นตอนการทำหัตถการ และการวางแผนการพยาบาล ทำให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น รวมถึงการตัดสินใจในการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมทั้งได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัย และอาจารย์พี่เลี้ยงประจำฐานโดยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ มีการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamjang และคณะ⁶ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ

Charuwatcharapaniskul และคณะ¹⁸ ที่พบว่า นักศึกษาจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยตัวเองสูงกว่าก่อนฝึก

ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องด้วยนิสิตพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด ทั้งด้านการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ การฝึกทักษะการจัดการความเครียด โดยฝึกทักษะบทบาทสมมติ (role play) ตามสถานการณ์บนหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้นิสิตมีทักษะในการจัดการความเครียดในสถานการณ์จำลองบนหอผู้ป่วย การเรียนรู้โดยวิธีนี้เปิดโอกาสให้นิสิตมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและต้องพบเจอบนหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีการสอน เสนอแนะทักษะในการจัดการความเครียดอย่างใกล้ชิด มีการแก้ไขข้อบกพร่อง และมีการป้อนข้อมูลย้อนกลับในผลเรื่องผลการฝึกบทบาทสมมติทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ต้องปรับปรุง ด้วยการให้เทคนิค ชม-ติ-ชม โดยการชื่นชมสิ่งที่นิสิตทำได้ดี ถูกต้อง แล้วชี้แนะในสิ่งที่ควรปรับปรุง และจบด้วยการชื่นชม และการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะที่ดีขึ้นจนเกิดความเข้าใจและความชำนาญ นอกจากนี้ นิสิตพยาบาลยังได้มีการเรียนรู้ จากเรื่องเล่า ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วยจากรุ่นพี่ การได้เห็นประสบการณ์จากรุ่นพี่ที่เป็นตัวแบบ จะส่งผลให้นิสิตเกิดความเชื่อมั่นว่า จะสามารถทำได้เช่นเดียวกับรุ่นพี่ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเมื่อนิสิตขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย จะได้รับการเสริมสร้างพลังทางบวกในระหว่างการฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและอาจารย์พี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ให้การดูแลเอาใจใส่นิสิต ให้คำปรึกษา ยอมรับความเป็นตัวบุคคลของนิสิต เปิดโอกาสให้นิสิตแสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำและเสนอแนะ นิสิตเมื่อนิสิตเกิดความกังวล ความคับข้องใจ หรือมีปัญหาในระหว่างการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ทำให้นิสิตเกิดความรู้สึกสบายใจ เชื่อมั่น มีบรรยากาศที่ดีในการที่จะเรียนรู้ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมที่ดี มีทักษะในการจัดการความเครียดของตนเองได้ จากผล

การศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งพฤติกรรมการจัดการความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านมุ่งลดอารมณ์ เป็นกระบวนการในการจัดการกับปัญหา เป็นการผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากความแตกต่างของลักษณะความแตกต่างของแต่ละบุคคล การจัดการความเครียดในแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันตามสถานการณ์ โดยนิสิตพยาบาลในกลุ่มทดลองใช้วิธีการจัดการปัญหาด้านมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งเมื่อนิสิตเกิดความเครียดหรือความไม่สบายใจ นิสิตเริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่มากมีการคิดวิเคราะห์ ทบทวน ไตร่ตรอง ทำให้มีการคิดหาวิธีการที่จะแก้ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไป เพื่อให้ความเครียดนั้นบรรเทา และพยายามหาแนวทางต่างๆที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็พยายามศึกษาปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจ ทำให้ผ่านปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ไปด้วยดี ซึ่งบุคคลจะใช้พฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เมื่อความเครียดไม่สูง และเมื่อมีความเครียดสูง บุคคลจะใช้พฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเมื่อมีความเครียดสูง บุคคลจะใช้พฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ kitiyawan¹⁰ ที่พบว่า นักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ร้อยละ 41 รองลงมา คือ การบรรเทาความรู้สึก ร้อยละ 39 และการจัดการด้านอารมณ์ ร้อยละ 20 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yodthong และคณะ¹⁹ พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาในระดับมาก และมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นแก้ปัญหาในระดับปานกลาง

ด้านความเครียดของนิสิตพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากนิสิตพยาบาลได้รับกิจกรรมที่ทางผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม การฝึกทักษะหัตถการทางการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง มีทั้งหมด 7

ฐาน ให้นิสิตเข้าฝึกทำหัตถการที่ละฐานสลับกัน เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ สามารถจดจำขั้นตอนในการทำหัตถการได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมการฝึกอ่านเวชระเบียนและการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) เป็นกิจกรรมที่นำข้อมูล (สมมุติขึ้นมา) ที่มีอยู่ในเวชระเบียนนำมาฝึกเขียนการวางแผนการพยาบาล โดยทั้งสองกิจกรรม มีผู้วิจัยและอาจารย์ที่เลี้ยงประจำฐานเป็นผู้ให้คำแนะนำ เสนอแนะในส่วนที่ต้องแก้ไข และให้กำลังใจ ทำให้นิสิตพยาบาลเกิดความมั่นใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ เมื่อต้องขึ้นฝึกบนหอผู้ป่วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด กิจกรรมทักษะการจัดการความเครียด ทั้งด้านการจัดการความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยการให้ฝึกบทบาทสมมุติ (role play) ตามสถานการณ์จำลอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เตรียมความพร้อมของนิสิตก่อนที่จะเจอกับสถานการณ์ในหอผู้ป่วย สถานการณ์ที่นำมาให้นิสิตแสดงบทบาทสมมุติ เป็นสถานการณ์จริงที่จะพบได้บ่อยในหอผู้ป่วย การนำสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมาให้นิสิตแสดงบทบาทสมมุติ ทำให้นิสิตเกิดทักษะในการจัดการความเครียด สามารถคาดการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น จัดการกับอารมณ์และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ เมื่อนิสิตพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์บนหอผู้ป่วย ในการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ นิสิตได้เข้าร่วมกิจกรรม จากเรื่องเล่าประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วยจากรุ่นพี่ การที่ได้รับฟังเรื่องราว และประสบการณ์จากรุ่นพี่ เมื่อขึ้นไปฝึกบนหอผู้ป่วย การแก้ปัญหา และการจัดการตัวเองก็เกิดความเครียด หรือเกิดปัญหาต้องจัดการตัวเองอย่างไรบ้าง ซึ่งการได้เห็นประสบการณ์จากรุ่นพี่ที่เป็นตัวแบบ จะส่งผลให้นิสิตเกิดความเชื่อมั่นว่า จะสามารถทำได้เช่นเดียวกับรุ่นพี่ เมื่อขึ้นไปฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย รวมไปถึงกิจกรรมการเสริมสร้างพลังทางบวกในระหว่างการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่เลี้ยงประจำฐานให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และเป็นพี่ปรึกษาในระหว่างฝึกบนหอผู้ป่วย ทำให้นิสิตรู้สึกอ้ากว้าง ไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว และรู้สึกว่ามีคนพร้อมที่ให้ความช่วยเหลือ และคอยอยู่เคียงข้าง เมื่อเกิดปัญหา มีคนที่พร้อมจะรับฟังและช่วยในการแก้ปัญหาให้กับนิสิตได้ การได้รับคำชม การปลอบใจ การให้กำลังใจ

ทำให้นิสิตเกิดความมั่นใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง คาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้รับ ทำให้ระดับความเครียดในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรม นิสิตพยาบาลมีความเครียดลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Inam, Chuto และ Phanuwat⁵ ที่พบว่า ระดับความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรก ก่อนเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติต่อความเครียดและความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 อยู่ในระดับสูง และภายหลังเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการเรียนรู้ การฝึกทักษะ ทดลองทางการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง การฝึกอ่านเวชระเบียนผู้ป่วยและการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) การจัดการความเครียด ทักษะการจัดการความเครียดและการเสริมพลังทางบวกไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลให้กับนิสิต

พยาบาลสาขาอื่นๆให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการจัดการความเครียดและความเครียดในการปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาลงของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรก ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดที่ยังปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางด้านทักษะการจัดการความเครียดด้านอารมณ์ เช่น การแสดงออกทางกริยา ท่าทาง สีหน้าทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยานอนหลับ เมื่อมีการกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความเครียด

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการทำโปรแกรมเป็น 6-8 สัปดาห์ เนื่องจากการสอนทำให้นิสิตเกิดทักษะ ความชำนาญ จนทำให้เกิดความมั่นใจ เพื่อช่วยให้นิสิตมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่มากขึ้น

References

1. Vatanasin S. Perceived stress level and sources of stress among nursing students at Faculty of Nursing, Burapha University 2010;18:47-59. (in Thai).
2. Lertsakornsiri M. The Stress, Stress management of nursing students during practice in the labor room. Kuakarun Journal of Nursing 2015;22(1):7-16. (in Thai).
3. Chaiwong N. Stress and Sources of stress among nursing student at Faculty of Nursing Burirum, Western University. 10th National & International Conference Suan Sunandha Rajbhat University, Bangkok. 2019. (in Thai).
4. Turner & McCathy. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. Louisville:University of Louisville. USA. 2017.
5. Inam P, Chuto CL, Phanuwat ST. The result of preparation on operational readiness on the first practice of nursing students. Faculty of Nursing Ratchathani University, Udonthani Campus. RTUNC 2019 The 4th National Conference Ubonratchathani. 2019. (in Thai).

6. Jamjang S, Yomdit V, Pongphetdit B, Pitaksin DK, Changsieng P, Montong A. Effects of nursing simulation-based learning for preparation of nursing practicum on perceptions of Self Efficacy in performing nursing care in a hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015. (in Thai).
7. Janton S, Bunlikikul T. Readiness to practice in the fundamentals of nursing practicum among nursing students at The Thai Red Cross College of Nursing. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2012; 5(1):32-45. (in Thai).
8. Atthamaethakul W, Jamjang S. Knowledge related to nursing practice of students enrolling the basic concepts and principles of nursing subject in the bachelor degree of nursing program, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2012. (in Thai).
9. Lertsakornsiri M. The relationships between personal factors, environment factors and stress, stress management during practice in labor room of nursing students at Saint Louis College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(2):270-79. (in Thai).
10. Kitiyawan S. Stress and Coping strategies in fundamental nursing clinical practice of nursing student, Ratchathani University. RTUNC 2018 The 3rd National Conference Ubonratchathani 2018. (in Thai).
11. Sriboonpimsuay W, Srisutipanporn S, Phanich PN. Stress and Coping prior to practice in labour room of the Third-Year nursing student at Boromarajonani College of Nursing, Udonthani. *UMT Poly Journal* 2016;13(2):30 - 38. (in Thai).
12. Apiwatanasiri C, Somakettrarin K, Suraprayoon K, Leurmprasert K, Wankaew N, Homchampa P, et al. Stress and Coping in medical students at clinical level, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal* 2007;22(4):416-24. (in Thai).
13. Tantanukul SK, Rattanasak S, Sengpanich C, Srisung W, Tungkawanich T. The effect of simulation-based learning on the ability development of primary medical care practicum of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2016;18(1):49 -58. (in Thai).
14. Cheaplamp S, Amphon K, Boonchuaylua P, Boonmark P. Effects of the preparation for clinical nursing practice on knowledge and skills in critical nursing practice among nursing students at Phrapokklao Nursing College. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(2):44-51. (in Thai).
15. Chirawatkul A. Statistics for health science research. 4th ed. Bangkok: S. ASIA PRESS; 2015. (in Thai).
16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977; 84(2):191-215.
17. Lazarus RS, Folkman S. Psychological stress and the coping process. Springer publishing company, New York. 1984.

18. Charuwatcharapaniskul U, Limkosit Y, Lertpoonwilaikul W, Bunchuang P. Effects of nursing skill development on perception of self-efficacy. Journal of Nursing Science and Health 2008;35(2): 10-8. (in Thai).
19. Yodthong S, Sanee N, Chansungnoen J. Stress and Coping among nursing students in principles and nursing techniques practicum, Boromarajonani College of Nursing, Trang. The 9 th Hatyai National and International Conference. 2017. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
โรงเรียนชุมชนวัดเชียวโอสถ จังหวัดนครนายก

The Effect of Health Educational Program on Knowledge
and Health Behaviors of Ten National Health Recommendations among Primary
School Students in Wat Chiao Osot Community School, Nakhon Nayok Province

Received: Apr 30, 2020

Revised: Jun 20, 2020

Accepted: Jun 26, 2020

สุนิสา สงสัยเกต วท.ม. (Sunisa Songsaigath, M.Sc.)¹

รัตน์ทิพร โกสุวินทร์ วท.ด. (Rattiporn Kosuwin, Ph.D.)²

ปะการัง ศรีมี วท.ด. (Pakarang Srimee, Ph.D.)³

สันธาน จันทะมุต ค.บ. (Santhan Chanthamud, B.Ed.)⁴

กนกวรรณ ยิ่งยืน วท.บ. (Kanokwan Yungyun, B.Sc.)⁵

กัญชลิตา ธวัชเมธานนท์ วท.บ. (Kanchalita Twatchmetanant, B.Sc.)⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นเติบโตมาเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง การปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างถูกต้องย่อมช่วยส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง การทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมชนวัดเชียวโอสถ จังหวัดนครนายก จำนวน 23 คน โดยจะได้รับโปรแกรมการสอนสุขศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสอนสุขศึกษา 2) แบบวัดความรู้ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ 3) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ได้รับทุนสนับสนุนจาก "งบประมาณเงินรายได้ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีงบประมาณ 2563"

¹Corresponding author, อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
E-mail: Sunisaso@gs.swu.ac.th

^{2,3}อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

²E-mail: rattiporn@gs.swu.ac.th, ³E-mail: pakarang@gs.swu.ac.th

⁴ข้าราชการครู โรงเรียนชุมชนวัดเชียวโอสถ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก E-mail: Santhan2534@gmail.com

^{5,6}นักศึกษาลัทธิศาสตรบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

⁵E-mail: kanokwan.yungyun@gs.swu.ac.th, ⁶E-mail: kanchalita.twatchmetanant@gs.swu.ac.th

^{1,2,3,5,6}Bachelor of Health Promotion, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University, Thailand.

⁴Wat Chiao Osot Community School, Nakhon Nayok Province, Thailand.

ผลการวิจัย: พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ และ $.017$ ตามลำดับ รวมถึงความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88$, $SD = 0.43$)

สรุปผล: ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนสุขศึกษาด้วยหนังสือนิทานนั้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: งานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอนสุขศึกษา, พฤติกรรมสุขภาพ, สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ, นักเรียนชั้นประถมศึกษา

Abstract

Introduction: Having good health habits from childhood is essential to grow up to be a healthy person. By cultivating children and youth, the appropriate implementation of the Ten National Health Recommendations can promote and prevent future health problems.

Research objectives: This research study used a quasi-experimental research approach utilizing the one group pre-test/post-test design. The purposes of this research were to study the effects of the health educational program on the knowledge and health behaviors of primary school students concerning the Ten National Health Recommendations, before and after organizing the health educational program.

Research methodology: The samples comprised Grade 4 students at Wat Chiao Osot Community School in Nakhon Nayok Province. The total number of sampled students was 23, who participated in the health educational program over a period of five weeks. The research instruments included 1) the health educational program, and 2) questionnaires to gather data concerning the knowledge 3) questionnaires to gather data concerning health behaviors, and 4) a satisfaction assessment form. The data were analyzed by using descriptive statistics consisting of mean, standard deviation, frequency, percentage and paired sample t-test at a significance level of .05.

Results: The results showed that the knowledge scores and health behaviors scores for the participants, after participation in the program, exhibited statistically significant differences with p-values of .001 and .017, respectively. Additionally, the students' satisfaction towards the health educational program, after participating in the program, was at the highest level ($\bar{x} = 4.88$, $SD = 0.43$).

Conclusions: The results showed that health education program with fairy tale can development of knowledge and health behaviors of Grade 4 students.

Implications: The results of this research could be useful as information for maintenance and teaching plan development in order to ensure that primary school students can act in accordance with the Ten National Health Recommendations.

Keywords: health educational program, health behaviors, Ten National Health Recommendations, primary school students

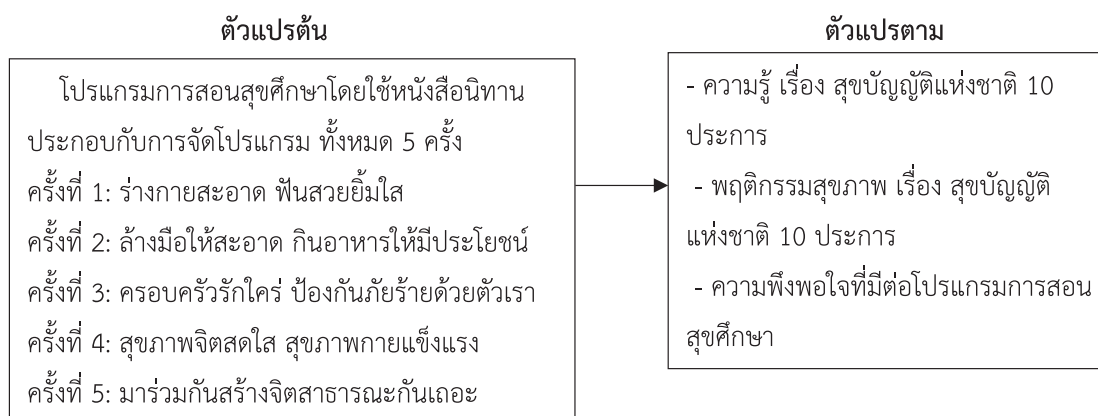
บทนำ

จากผลการสำรวจพฤติกรรมพึงประสงค์ในนักเรียน อายุ 12 ปี ปีการศึกษา 2560 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีนักเรียนดื่มน้ำอัดลมถึงร้อยละ 81.2 นักเรียนไม่แปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 41.10 และยังพบว่าใช้คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือถือนานเกิน 2 ชั่วโมงร้อยละ 38.30 มีเด็กที่กินข้าวครบ 3 มื้อเพียงร้อยละ 33.20 และคัดแยกขยะลงถังก่อนทิ้งร้อยละ 31.30 นอกจากนี้ยังมีภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 21.60 และมีนักเรียนเพียงร้อยละ 18.50 ที่มีกิจกรรมทางกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และมากกว่า 60 นาทีใน 1 วัน โดยผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่าเด็กนักเรียนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการบริโภค สุขอนามัย ความปลอดภัย รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ขยับเขยื้อนร่างกายน้อยมากในแต่ละวันหรือที่เรียกว่าพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลเสียต่อสุขภาพเด็กและอาจนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ การเจ็บป่วยและการเกิดปัญหาสุขภาพจะน้อยลงหากทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามสุขบัญญัติ 10 ประการ ซึ่งต้องเริ่มต้นปลูกฝังที่เด็กและเยาวชนให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง และปฏิบัติเป็นประจำเพื่อให้เป็นนิสัยเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ถ้าเด็กได้รับสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุก ๆ ด้าน เด็กก็จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้อย่างราบรื่น² ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จะทำให้เด็กเติบโตอย่างมีสุขภาพที่ดีในอนาคต³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าอายุและจำนวนปีที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน⁴ และพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยหนังสือการ์ตูนสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁵ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนหลังเรียนที่ศึกษาด้วยหนังสือนิทานสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁶ และการสอนสุขศึกษาด้วยรูปแบบการเรียนรู้แบบ

ร่วมมือด้วยการทำกิจกรรมตามรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ 7 ขั้นตอน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷ แสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้ด้วยภาพการ์ตูนมีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ของนักเรียนในวัยเรียนมากกว่าการเรียนการสอนแบบปกติ รวมถึงการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กนักเรียนในวัยเรียนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยการประยุกต์ใช้หนังสือนิทานร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาโดยใช้หนังสือนิทานร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก โดยเลือกศึกษาในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เนื่องจากเป็นระดับชั้นที่มีพื้นฐานความรู้จากการเรียนในวิชาสุขศึกษา และเป็นวัยที่กำลังก้าวเข้าสู่การให้ความสนใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น ในช่วงวัยเด็กตอนปลายมีการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและจิตใจ เริ่มมีความกังวลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนั้นการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้เด็กนักเรียนมีความรู้ และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถดูแลตัวเองได้⁸

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดประโยชน์กับตนมาใช้ในการกำหนดกิจกรรมสร้างโปรแกรม โดยคำนึงถึงพัฒนาการลักษณะกิจกรรมหรืออุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมและการใช้ทักษะการสื่อสาร เพื่อสร้างโปรแกรมอย่างมีแบบแผนและเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษา
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการหลังการจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษา
2. ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อยู่ในระดับมากขึ้นไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโศภ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน

23 คน อายุระหว่าง 10-11 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโศภ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และสอบถามความสมัครใจ รวมจำนวนทั้งสิ้น 23 คน อายุระหว่าง 10-11 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) คือ มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารเข้าใจ (สามารถฟัง พูด อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษา โดยมีผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอนุญาต และยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นและ/หรือ บกพร่องทางการเรียนรู้ (คนพิการร่วมชั้นเรียน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50-60 นาทีติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ในแต่ละสัปดาห์มีชื่อกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1: ร่างกายสะอาด ฟันสวยยิ้มใส, กิจกรรมครั้งที่ 2: ล้างมือให้สะอาด กินอาหารให้มีประโยชน์, กิจกรรมครั้งที่ 3: ครอบครวัรักใคร่ ป้องกันภัยร้ายด้วยตัวเรา, กิจกรรมครั้งที่ 4: สุขภาพจิตสดใส สุขภาพกายแข็งแรง และ กิจกรรมครั้งที่ 5: มาร่วมกันสร้างจิตสาธารณะกันเถอะ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ และ อายุ

แบบวัดความรู้ซึ่งมีต้นแบบจากการศึกษาของ Prompachad³ โดยเป็นคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ที่สอนภายในโปรแกรม ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ 4 คำตอบ มีทั้งหมด 24 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนสูงสุด เท่ากับ 24 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนและแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ได้คะแนน 20-24 คะแนน (คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ระดับกลางได้คะแนน 15-19 คะแนน (ร้อยละ 60-79.90) และระดับต่ำได้คะแนน 0-14 คะแนน (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 ลงมา)

แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีต้นแบบจากการศึกษาของ Isarain⁶ โดยเป็นคำถามที่ครอบคลุมเรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีคะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยกำหนดเกณฑ์ความหมายการแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ซึ่งได้แก่ ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00, 1.67-2.33 และ 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อยตามลำดับ

แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอน สุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการซึ่งมีต้นแบบจากการศึกษาของ Isarain⁶ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 5-1 ตามลำดับ โดยกำหนดเกณฑ์ความหมายการแปลผลตามแนวคิดของเบสท์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบ โดยนำไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งได้แก่ 1. แบบวัดความรู้ โดยผลการตรวจสอบแต่ละข้อ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป 2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแต่ละข้อ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป และ 3. แบบประเมินความพึง

พอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งผลการตรวจสอบแต่ละข้อ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไป

2. จากนั้นทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนบ้านคลอง 22 (อาจเอิบจิตรอุปถัมภ์) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดความรู้โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.74 และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ใบรับรองโครงการเลขที่ SWUEC-302/2562E เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโสภเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเก็บรักษาความลับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และนำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัครวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้วหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ระยะก่อนทดลอง: ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโสภ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ด้วยแบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1

2. ระยะดำเนินการทดลอง: ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ที่โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ในสัปดาห์ที่ 1-5 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1: กิจกรรมประกอบด้วย

1) กิจกรรมแนะนำตัว และกิจกรรมสนทนาการสร้างความสัมพันธ์ ใช้เวลา 10 นาที 2) กิจกรรมอ่านหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ตอนที่ 1 หมู่บ้านไม่รักษาความสะอาด ใช้เวลา 30 นาที 3) กิจกรรมการสอนแบบสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เรื่อง วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง ใช้เวลา 10 นาที 4) กิจกรรมดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด ในรูปแบบเกมประกอบการให้ความรู้ ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2: กิจกรรมประกอบด้วย

1) กิจกรรมอ่านหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ตอนที่ 2 ลูกอมจำ อย่าทำร้ายฉัน ใช้เวลา 30 นาที 2) กิจกรรมการสอนแบบสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เรื่อง การล้างมือให้สะอาด ใช้เวลา 10 นาที 3) กิจกรรมเกมจ่ายตลาด ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3: กิจกรรมประกอบด้วย

1) กิจกรรมอ่านหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ตอนที่ 3 พี่ผู้กล้าหาญ ใช้เวลา 30 นาที 2) กิจกรรมรับชมการ์ตูน กรณีตัวอย่าง เรื่อง ภัยมืด/ครอบครัวอบอุ่น/หน้าที่ของฉัน ใช้เวลา 20 นาที 3) กิจกรรมจะทำไมอย่างนี้ เมื่อหนูต้องข้ามถนน ใช้เวลา 10 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4: กิจกรรมประกอบด้วย

1) กิจกรรมอ่านหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ตอนที่ 4 มาออกกำลังกายกันเถอะ ใช้เวลา 30 นาที 2) กิจกรรมเกมของหนูอยู่ไหน ใช้เวลา 15 นาที 3) กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อย เรื่อง วิธีทำให้จิตใจเราแข็งแรงแจ่มใส ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 5: กิจกรรมประกอบด้วย

1) กิจกรรมอ่านหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

ตอนที่ 5 เด็กดีของสังคม ใช้เวลา 30 นาที 2) กิจกรรมเกมแยกขยะ ใช้เวลา 20 นาที

3. ระยะหลังการทดลอง: ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ที่โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ด้วยแบบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เสร็จสิ้น และในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และส่งมอบหนังสือนิทานให้กับทางโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อธิบายระดับคะแนนความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 23 คน มีอายุ 10 ปี จำนวนร้อยละ 100 ซึ่งพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเพศชายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 และเพศหญิงจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมมากกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วม

ความรู้ เรื่อง สุขบัญญัติ แห่งชาติ 10 ประการ	n	$\bar{X}$	SD.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนการเข้าร่วม	23	18.48	3.06	1.48	3.63	0.63-2.32	.001*
หลังการเข้าร่วม	23	19.96	2.48				

*ใช้สถิติ Paired sample t-test ในการหาค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของผู้เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วม

พฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติ แห่งชาติ 10 ประการ	n	$\bar{X}$	SD.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนการเข้าร่วม	23	70.43	3.79	2.13	2.57	0.41-3.85	.017*
หลังการเข้าร่วม	23	72.57	4.77				

*ใช้สถิติ Paired sample t-test ในการหาค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของผู้เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมมากกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโดยพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ หลังการเข้าร่วมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ด้านป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมมากกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) และด้านออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมมากกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) ดังแสดงในตารางที่ 3

5. ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการในภาพรวม พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88$, $SD = 0.43$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโดยพิจารณาเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	p-value
ด้านการดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด				
ก่อนการเข้าร่วม	2.43	0.27	มาก	.208
หลังการเข้าร่วม	2.52	0.24	มาก	
ด้านรักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกวิธี				
ก่อนการเข้าร่วม	2.22	0.39	ปานกลาง	.648
หลังการเข้าร่วม	2.26	0.37	ปานกลาง	
ด้านล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และการขับถ่าย				
ก่อนการเข้าร่วม	2.48	0.44	มาก	.110
หลังการเข้าร่วม	2.63	0.41	มาก	
ด้านกินอาหารสุกสะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสุนัข				
ก่อนการเข้าร่วม	2.06	0.23	ปานกลาง	.205
หลังการเข้าร่วม	2.12	0.23	ปานกลาง	
ด้านงดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ				
ก่อนการเข้าร่วม	2.85	0.20	มาก	.129
หลังการเข้าร่วม	2.91	0.18	มาก	
ด้านสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น				
ก่อนการเข้าร่วม	2.48	0.32	มาก	.302
หลังการเข้าร่วม	2.35	0.43	มาก	
ด้านป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท				
ก่อนการเข้าร่วม	2.16	0.42	ปานกลาง	.029*
หลังการเข้าร่วม	2.39	0.28	มาก	
ด้านออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี				
ก่อนการเข้าร่วม	1.85	0.32	ปานกลาง	.006*
หลังการเข้าร่วม	2.17	0.51	ปานกลาง	
ด้านทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ				
ก่อนการเข้าร่วม	2.57	0.35	มาก	.365
หลังการเข้าร่วม	2.46	0.54	มาก	
ด้านมีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม				
ก่อนการเข้าร่วม	2.30	0.56	ปานกลาง	.788
หลังการเข้าร่วม	2.35	0.57	มาก	

*ใช้สถิติ Paired sample t-test ในการหาค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในภาพรวม

ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา			
เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อหนังสือนิทาน	4.85	0.38	มากที่สุด
สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ			
ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา	4.83	0.46	มากที่สุด
เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ			
ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา	4.95	0.22	มากที่สุด
เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในแต่ละสัปดาห์			
ของการจัดโปรแกรม			
รวม	4.88	0.43	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรม สุขภาพในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษา มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษา และมีความพึงพอใจของนักเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษามากกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเหตุผล ดังนี้

1.1 หนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เป็นหนังสือนิทานที่สอดแทรกเนื้อหา สาระเกี่ยวกับ สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ไว้ในเรื่องโดยสามารถเข้าใจได้ง่าย และมีเนื้อหาที่สนุก เหมาะสมกับวัย ทำให้นักเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongpila, Pitinoppakun และ Deepae. ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยหนังสือการ์ตูนสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบปกติ⁵

1.2 รูปแบบโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มย่อย ถามตอบแสดง

ความคิดเห็น เกม การสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การสอนโดยใช้กรณีตัวอย่าง เป็นรูปแบบการจัดการเรียน การสอนที่เหมาะสมกับวัยของนักเรียน สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Kitiyanusan, Chardenwattana และ Panthong ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่ เรียนด้วยชุดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน⁹

1.3 การใช้ทักษะการสื่อสารกับเด็กวัยเรียน โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เด็กเกิด ความรู้สึกไว้วางใจและไม่กลัว โดยการเรียกชื่อเล่นและทักทาย ด้วยท่าทางที่เป็นมิตรทุกครั้งในการทำกิจกรรม ขอความสมัครใจ ในการแสดงความคิดเห็นทำให้นักเรียนกล้าแสดงความคิดเห็น ร่วมกัน ซึ่งเป็นบรรยากาศที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เด็กจะ มีความสุขอยู่กับการได้เล่น การเล่นจึงเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด อย่างหนึ่งในการสื่อสารกับเด็ก¹⁰

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขศึกษามากกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเหตุผล ดังนี้

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการ ปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ โดยสอดแทรกเนื้อหาในหนังสือนิทานสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เช่น พฤติกรรมสุขภาพด้าน

ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท โดยให้เหตุผลในการสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัย ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาทหลังการเข้าร่วมมากกว่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) ทั้งนี้ เป็นไปตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ที่มีแนวคิดว่าคุณคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและเกิดประโยชน์กับตน โดยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceive benefits of action) คือ การที่รับรู้ว่าการกระทำนั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่คิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น^๑ ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .006 เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนไม่มีความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และไม่ทราบถึงประเภทของการออกกำลังกาย เช่น นักเรียนบางคนไม่ทราบว่าการเล่นเป็นการออกกำลังกายประเภทหนึ่ง เป็นต้น ทำให้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงการออกกำลังกายและประเภทของการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Prompachad ที่พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปีตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^๓

2.3 พฤติกรรมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและอิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ได้รับความรู้และการดูแลจากครอบครัวและโรงเรียนจึงส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครูอยู่ในระดับ

มาก และจากผู้ปกครองอยู่ในระดับกลาง^๓

3. ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 เนื่องจากเหตุผล ดังนี้

3.1 ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อเนื้อหาการสอนสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะรูปลักษณ์ ด้านการจัดภาพประกอบ ด้านเนื้อเรื่องสาระ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากรูปลักษณ์มีขนาดที่เหมาะสมกับเด็ก คุณภาพของกระดาษดี มีการจัดรูปลักษณ์ที่ดูสบายตา ภาพอักษรที่ใช้มีขนาดใหญ่ชัดเจน ไม่ดูยุ่งเหยิง รวมทั้งมีชื่อเรื่องที่ ทำให้เด็กเกิดความสนใจ ภาพประกอบมีสีสันสวยงาม มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่นำเสนอ และความสนใจของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Isarain ที่พบว่ารูปลักษณ์ที่เหมาะสม หน้าปกสวยงามดึงดูดความสนใจ ภาพประกอบมีสีสัน อ่านเข้าใจง่าย ช่วยกระตุ้นให้เด็กอยากเรียน ดึงดูดความสนใจ สร้างบรรยากาศในการเรียน^๖

3.2 ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้สอน ด้านวิธีการสอน ด้านระยะเวลา พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากผู้วิจัยเปิดโอกาสให้นักเรียนได้เรียนรู้ร่วมกัน ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย ตอบคำถามหรือข้อสงสัยของนักเรียนได้ วิธีการสอนส่งเสริมให้นักเรียนได้มีการแสดงความคิดเห็น ทำให้นักเรียนรู้สึกสนุกสนาน เข้าใจได้ง่าย รูปแบบของวิธีการสอนทำให้นักเรียนทำตามได้ง่าย เช่น การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เรื่อง การล้างมือให้สะอาด มีการสอนและทวนซ้ำให้ปฏิบัติตามได้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitiyanusan, Chardenwattana และ Panthong ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักเรียนที่เรียนด้วยชุดกิจกรรมเสริมหลักสูตรสูงกว่าก่อนเรียน^๑

3.3 ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่อง สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แบ่งออกเป็น 5 กิจกรรมตามแต่ละสัปดาห์ กิจกรรมที่มีระดับความพึงพอใจที่น้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวรักใคร่ป้องกันภัยร้ายด้วยตัวเรา เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีการสอนโดยการอภิปรายกลุ่ม และให้นักเรียนสรุปความคิดใน Flip

Chart โดยมีระยะเวลาจำกัด ทำให้นักเรียนไม่สามารถทำเสร็จทันในเวลาที่กำหนด

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อปลูกฝังนักเรียนชั้นประถมศึกษาให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ สามารถเป็นแนวทางให้นำไปใช้ต่อไปได้นำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและสอนเพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษา

สามารถปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ ทั้งนี้ควรศึกษากระบวนการและการดำเนินกิจกรรม และควรศึกษาเนื้อเรื่องในหนังสือนิทานให้มีความเข้าใจก่อนนำไปใช้ เพื่อให้สามารถอธิบายและตอบข้อซักถามนักเรียนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ต่างเพศ ต่างกลุ่มอายุ และต่างพื้นที่ เพื่อจะได้นำผลวิจัยอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

References

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Suggesting family to improve health behaviors for school-age children and youth before risking from chronic communicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 19]. Available from: https://anamai.moph.go.th/mobile_detail.php?cid=76&nid=12836
2. National Institute for Child and Family Development, Mahidol University. Development of school age 6 - 12 years old [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 19]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/305008>
3. Prompachad S. Health behaviors according to national health commandments of Prathom sukka 4-6 students at Banrantaadpomp school in Songpeenong subdistrict, Tha Sae district, Chumphon province. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2013;6:887-92. (in Thai).
4. Chaimongkol N, Pongchaturawit Y, Kwansamran W. Health behaviors among school-age children and its associated factors. Faculty of Nursing Journal, Burapa university 2014;22(3):14-28. (in Thai).
5. Tongpila S, Pitinoppakun V, Deepae P. Comparison of The National Health Recommendation learning achievement among School-Aged Children learn by Comic Book and Traditional Learning. Journal of Songkhla Nakarin Nursing 2018;38(4):128-37. (in Thai).
6. Isarain R. Development of a Series of Fairy Tales as Instructional Media on the Ten National Health Enactment for Prathom Sukka V Students at Wat Klang Bang Kaew School in Nakhon Pathom Province [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/ShowFulltext/2/274474>
7. Wassanasompong W, Chaiphongpachara T, Saisanan Na Ayudhaya W, Pimsuka S. The effect of health education with teaching of Cooperative Learning for knowledge on The National Health

- Recommendations in grade 4 student [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 20]. Available from: http://teacher.ssru.ac.th/wallapa_wa
8. Limtasiri O. Curriculum and instruction in elementary education [Internet]. 1999 [cited 2019 May 4]. Available from: <http://e-book.ram.edu/ebook/inside/html/dlbook.asp?code=EE353>
 9. Kitiyanusan R, Chardenwattana S, Panthong K. Developing a co-curricular educational package on the nutrition and exercise for primary level students [Internet]. 2014 [cited 2019 May 20]. Available from: <http://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/279940>
 10. Mitsampan N. Communicating with children...a simple matter [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 26]. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4817>

บทความวิจัย

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลของการใช้สื่อต่อความรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจ
เพื่อการเตรียมนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น
Development and Effectiveness of Video Media to Knowledge,
Self-Confidence and Satisfaction of Nursing Students
in Preparation for Children and Adolescence Care Practicum Experience

Received: Apr 30, 2020

Revised: Aug 19, 2020

Accepted: Aug 23, 2020

กาญจนา ศิริเจริญวงศ์ วท.ม. (Kanjana Siricharoenwong, MSN).¹มณฑนาดี เมธาพัฒนา ประ.ด. (Muntanavadee Mataputana, Ph.D.)²สุมาลา สว่างจิต พย.ม. (Sumala Sawangjird, M.N.S.)³จักรกริช ปิจดี พย.ม. (Chakkrich Pidjatee, M.N.S.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่นด้วยสื่อวีดิทัศน์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้นักศึกษามีความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติและช่วยแบ่งเบาภาระงานของผู้สอนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และประเมินคุณภาพสื่อเพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ 2) เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยครั้งนี้เป็นแบบ pretest-posttest ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Bandura และ Bloom กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 59 คน ใช้การสุ่ม แบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความมั่นใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: พบว่าคุณภาพสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด กลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์มีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .001 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองความรู้ของกลุ่มสอนสาธิตมากกว่ากลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: 1) ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการเตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนได้รับการเตรียม 2) ความรู้หลังการเตรียมความพร้อมของกลุ่มสอนสาธิตมากกว่ากลุ่มที่เตรียมโดยใช้สื่อ และ 3) ความมั่นใจและความพึงพอใจหลังการเตรียมของกลุ่มที่ใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มสอนสาธิตไม่แตกต่างกัน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: kanjana.si@ssru.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: muntanavadee.ma@ssru.ac.th

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: Sumala.sa@ssru.ac.th

⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: Chakkrich.pi@ssru.ac.th

College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University, Thailand

ข้อเสนอแนะ: นักศึกษาควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยการใช้สื่อ
วีดิทัศน์ควบคู่กับการสอนสาธิต เพราะจากผลการศึกษาดังกล่าวเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและวัยรุ่น, ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น, ความพึงพอใจต่อการ
เตรียมความพร้อม, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: Using video media to prepare nursing students in children and adolescence care practicum experience is an alternative method for increasing students' knowledge and self-confidence as well as lightening teacher work load.

Research objectives: 1) to develop video media and to evaluate its quality, and 2) to test the effectiveness of the media in preparing nursing students for children and adolescence care practicum experience.

Research methodology: This quasi-experimental research, pretest-posttest design using the conceptual frameworks of Bandura and Bloom Theories Participants were 59 3rd year nursing students from the College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University by means of cluster sampling. Samples were gathered from the participants in experimental group using video media and control group by means of demonstration. Data were collected using the knowledge test, the self-confidence and the satisfaction questionnaire; and were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The results showed that the video media were evaluated with the highest score. After using the video media in experimental group, knowledge, and self-confidence on children and adolescence care practice of students were higher than usual with significance level of .001 and .001, respectively. Immediately after the experimentation, knowledge in control group was higher than experimental group at significance level of .05.

Conclusions: 1) after using the video media in experimental group, knowledge, and self-confidence on children and adolescence care practice of students were higher than before using the video media 2) after the experimentation, knowledge in control group was higher than experimental group, and 3) after the experimentation, there are no significance of self-confidence and the satisfaction between experimental group and control group.

Implications: The recommendation for future studies in preparing nursing students in children and adolescence care practicum experience should combine watching video media and demonstration by teacher because both can enhance the knowledge, self-confidence and satisfaction among nursing students.

Keywords: knowledge in children and adolescence care, self-confidence in children and adolescence care practicum, satisfaction for preparing in children and adolescence care practicum, nursing students

บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างคน สังคม และชาติ เป็นกลไกหลักในการพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จากกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21 การศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความได้เปรียบของประเทศเพื่อการแข่งขัน และยืนหยัดบนเวทีโลก ภายใต้ระบบเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นพลวัต ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญและทุ่มเทกับการพัฒนาการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของตนให้สามารถก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจและสังคม ควบคู่กับการธำรงรักษาอัตลักษณ์ของประเทศ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษา เศรษฐกิจและสังคม คนไทยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวทั้งด้านทักษะ ความรู้ความสามารถ สมรรถนะการทำงานและภาษาเพื่อการสื่อสาร เพื่อให้ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญต่อความร่วมมือในการพัฒนาภายใต้กรอบข้อตกลงและสามารถดำรงชีวิตในประชาคมอาเซียนได้อย่างมั่นคงและสันติ¹ การจัดการศึกษาในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองกับทิศทางการผลิตและการพัฒนากำลังคนดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีทักษะในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ได้ทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ อันประกอบด้วยทักษะ 3Rs + 8Cs ซึ่งหนึ่งในทักษะของ 8Cs ที่สำคัญคือทักษะอาชีพและการเรียนรู้²

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มีการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ³ ในปีการศึกษา 2558 ถึง 2560 ที่ผ่านมา การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ของวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ นักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติด้วยการสอนสาธิตโดยอาจารย์ จากการประเมินผลหลังการเตรียมพบว่านักศึกษาส่วนหนึ่งยังขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กบนหอผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมดังกล่าวจึงยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความแตกต่างของผู้เรียนได้ ผู้สอนจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์และมีความสามารถทางคลินิกตามหลักสูตร ซึ่งประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานจะช่วยบ่ม

เพาะให้นักศึกษาพยาบาลคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ^{3,4} และจบเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพต่อไป

ด้วยบทบาทของอาจารย์พยาบาลมีหลากหลายหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแล้ว ยังต้องดำเนินการบริการวิชาการแก่สังคม พัฒนางานวิจัยเพื่อให้ตอบสนองต่อการเรียนการสอน ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย รวมถึงเตรียมและจัดทำเอกสารการประกันคุณภาพการศึกษาและการรับรองสถาบัน จึงทำให้ผู้สอนไม่มีเวลาเตรียมการสอนหรือเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมนักศึกษายพบาลด้วยสื่อวีดิทัศน์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้นักศึกษามีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กตามหลักสูตรและช่วยแบ่งเบาภาระงานของผู้สอนได้ เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อการเรียนการสอนที่มีทั้งภาพและเสียงประกอบ สามารถใช้เทคนิคพิเศษในการถ่ายทำและตัดต่อ มีเสียงประกอบซึ่งผสมผสานกันได้อย่างลงตัว เป็นสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสทางตาและทางหู สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้นและเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การเตรียมนักศึกษาด้วยสื่อวีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ⁶ สื่อวีดิทัศน์สามารถเรียนรู้ได้โดยไม่จำกัดสถานที่และเวลาเพราะเรียนรู้ได้ตามความต้องการและศักยภาพของตนเองอย่างอิสระ นักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ได้ด้วยตนเองมีความมั่นใจมากขึ้น ซึ่งเป็นพัฒนาการเรียนรู้อยู่ด้วยตนเองตามที่ทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หลังได้รับการเตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มากกว่า ก่อนได้รับการเตรียม
2. ความรู้ ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและความพึงพอใจของนักศึกษาหลังได้รับการเตรียมของกลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มสอนสาธิตแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลการใช้สื่อเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ของ Bandura⁷ โดยพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อกระตุ้นความสนใจให้ผู้เรียนได้สังเกตและเลียนแบบจากตัวแบบ (modeling) ผู้เรียนจะเลือกสังเกตในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้อย่างเฉพาะเจาะจงและเข้ารหัส (encoding) ในความทรงจำและทฤษฎีการคิดของ Bloom⁸ ระดับการคิดของบุคคลสามารถพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น เมื่อบุคคลได้เรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความคิดเกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ทำให้มีความพร้อมในการฝึกประสบการณ์และมีความมั่นใจ (self confidence) มากขึ้น โดยสรุปแนวคิดการวิจัยดังนี้

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น

ระยะที่ 1 การพัฒนาและประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาทฤษฎี แนวคิด หลักสูตร

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสื่อวีดิทัศน์ 3 ขั้นตอน

การวางแผน

การเตรียมการ

การผลิตสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินคุณภาพสื่อ วีดิทัศน์

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ปีการศึกษา 2561 จำนวน 119 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะเลือกนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จากตารางปฏิทินการศึกษาประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์ 30 คน และกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มสอนสาธิต 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พัฒนาโดยผู้วิจัยและคณาจารย์ที่ร่วมสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยดำเนินการศึกษา 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูล ทฤษฎี ขั้นตอนการพัฒนาจากตำราเอกสารที่เกี่ยวข้องและหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล

ในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น

- ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อม

2) สร้างสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการสร้างสื่อวีดิทัศน์รายละเอียดมีดังนี้

3) ประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านการนำเสนอไปใช้ แบบประเมินคุณภาพนี้เป็นแบบมาตราส่วนค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง คุณภาพมากที่สุด จนถึงระดับคะแนน 1 หมายถึง คุณภาพน้อยที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อประเมินคุณภาพสื่อข้างต้น

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามแผนการทดลอง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและแบบสอบถามความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยดำเนินการสร้างดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยและคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสร้างขึ้นตามหลักสูตรวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ฉบับปรับปรุงปี 2555 เป็นข้อสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 40 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 10 เรื่อง ตามแผนภูมิที่ 2

2) แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นวางแผน

กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติ อุปกรณ์ เขียนบทสคริปต์ คณาจารย์ผู้แสดงบทสคริปต์ ประเภทของวีดิทัศน์เป็นรูปแบบรายการสารคดี ระยะเวลา 8-10 นาทีต่อเรื่อง รวม 10 เรื่อง ประกอบด้วย การดูแลทารกที่มีปัญหาตัวเหลือง การดูแลทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ การระบายเสมหะ การดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การพันยา การดูแลเด็กที่ใส่สายทางจมูกเพื่อระบายของเหลวจากกระเพาะอาหาร การดูแลเด็กที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การดูแลเด็กที่ใส่สายอาหารทางหน้าท้อง และการสวนล้างลำไส้ทางทวารหนัก

ขั้นเตรียมการ

กำหนดให้คณาจารย์ผู้สอนเป็นผู้บรรยายเนื้อหาของแต่ละเรื่องเนื่องจากเป็นผู้มีความรู้เฉพาะทาง การถ่ายทำวีดิทัศน์ใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ขั้นผลิต

สื่อวีดิทัศน์มีทั้งหมด 10 เรื่อง (ตามขั้นวางแผน) โดยเจ้าหน้าที่โสตดำเนินการถ่ายทำและตัดต่อจนเสร็จสมบูรณ์ ความยาวของสื่อวีดิทัศน์แต่ละเรื่องมีความยาวไม่เกิน 10 นาที แต่ละเรื่องจะให้อาจารย์ที่เคยสอนนักศึกษาเป็นผู้แสดงและอ่านบทบรรยายเองตามสคริปต์ที่เตรียมไว้ เพื่อกระตุ้นให้เด็กเกิดความสนใจ สังเกตและดูแบบอย่าง (modeling) โดยตรงจากอาจารย์ที่คุ้นเคย ขณะดูสื่อวีดิทัศน์นักศึกษาจะเริ่มพัฒนาความคิดของตนไปสู่ระดับที่สูงขึ้น และจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ความคิดเกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ทำให้มีความพร้อมในการฝึกประสบการณ์และมีความมั่นใจ (Self Confidence) มากขึ้น

เด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนาโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁹ จำนวน 12 ข้อ การประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง ความมั่นใจมากที่สุด จนถึง ระดับคะแนน 1 หมายถึง ความมั่นใจน้อยที่สุด

3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยพัฒนาโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹⁰ โดยใช้ตามกรอบแนวคิดของสมาคมการพยาบาลแห่งชาติ จำนวน 20 ข้อ การประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด จนถึง ระดับคะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สื่่วัดทัศนผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลพื้นฐาน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีการศึกษา 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) = 0.86

แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความมั่นใจและแบบสอบถามความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นอาจารย์การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.98, 1, 1 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพสื่่วัดทัศน แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความมั่นใจและแบบสอบถามความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อม ไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้ใช้สูตรการคำนวณของ Kuder-Richardson¹¹ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 แบบประเมินคุณภาพสื่่วัดทัศน แบบสอบถามความมั่นใจ และแบบ สอบถามความพึงพอใจ ใช้สูตรการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94, 0.76 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA.1-012/2019 ออกให้เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้อย่างดี และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้เห็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

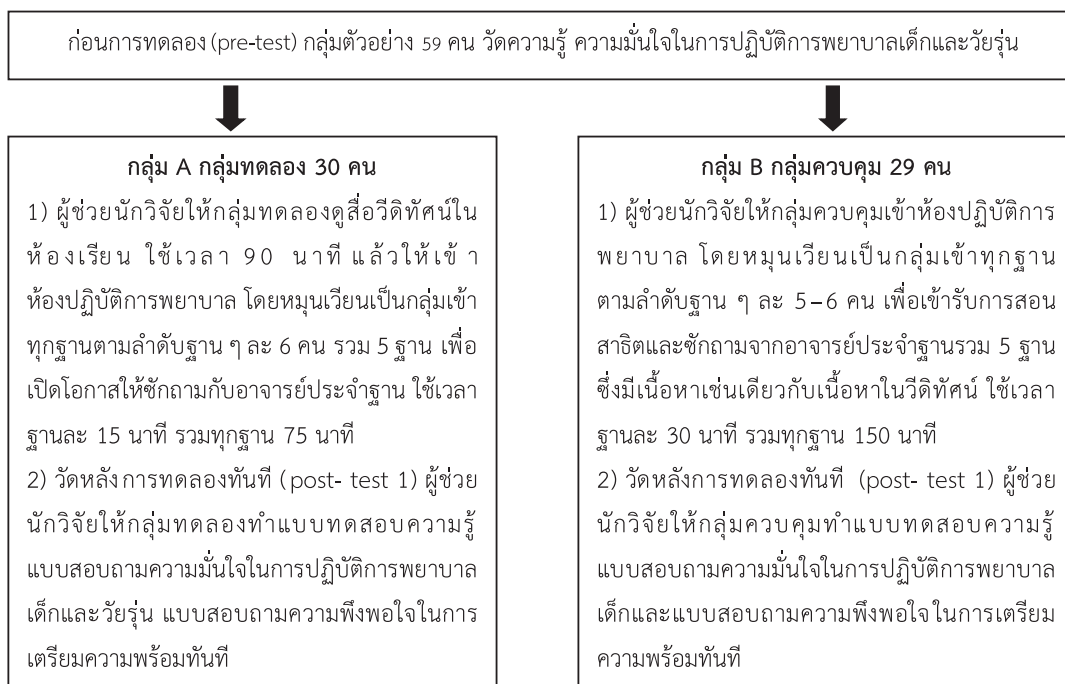
หลังจากผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทดลองทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิต ดังแผนภูมิ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การประเมินคุณภาพสื่่วัดทัศน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง independent t-test และ paired t-test

ผู้วิจัยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent t-test โดยพิจารณาการแจกแจงแบบปกติ



แผนภูมิ 3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ของความรู้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบผลการทดสอบมีค่านัยสำคัญเท่ากับ .722 ซึ่งมากกว่าค่าแอลฟา ($> .05$) แปลความหมายว่าข้อมูลนี้มีการแจกแจงแบบปกติ จึงสามารถใช้สถิติ independent t-test ในการทดสอบสมมติฐานได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 88.10 และ 11.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี ร้อยละ 57.60 มีภูมิลำเนาอยู่ใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 20.30, 16.90 และ 5.10 ตามลำดับ มีเกรดเฉลี่ยสะสม เท่ากับ 2.94

2. การประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.57$, $SD. = 0.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.67$, $SD. = 0.48$) รองลงมาคือด้านเนื้อหาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.63$, $SD. = .49$) และด้านรูปแบบสื่อการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.57$, $SD. = 0.57$) ตามลำดับ ตามตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD.	ระดับคุณภาพ
ด้านเนื้อหา			
เนื้อหาบรรยายเข้าใจง่าย	4.57	0.57	มากที่สุด
เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.67	0.55	มากที่สุด
เนื้อหาจัดลำดับขั้นตอนการนำเสนอได้อย่างเหมาะสม	4.63	0.62	มากที่สุด
เนื้อหา มีปริมาณเหมาะสมกับระยะเวลา	4.67	0.55	มากที่สุด
ด้านเนื้อหาโดยรวม	4.63	0.49	มากที่สุด
ด้านรูปแบบสื่อการเรียนรู้			
สี แสง และเสียงมีความเหมาะสม	3.73	0.91	มาก
ขนาดและรูปแบบตัวอักษรชัดเจน	4.47	0.78	มาก
ภาพประกอบของสื่อวีดิทัศน์เหมาะสม	4.60	0.72	มากที่สุด
การออกแบบสื่อวีดิทัศน์น่าสนใจ	4.60	0.62	มากที่สุด
ด้านรูปแบบสื่อโดยรวม	4.57	0.57	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้			
สื่อวีดิทัศน์สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์	4.77	0.50	มากที่สุด
สื่อวีดิทัศน์ทำให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	4.77	0.50	มากที่สุด
สื่อวีดิทัศน์สามารถนำไปใช้ทบทวนความรู้			
ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติผ่านทางออนไลน์ได้ด้วยตนเอง	4.70	0.53	มากที่สุด
สื่อวีดิทัศน์สามารถนำไปใช้ทบทวนความรู้			
ก่อนสอบภาคปฏิบัติผ่านทางออนไลน์ได้ด้วยตนเอง	4.70	0.54	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้โดยรวม	4.67	0.48	มากที่สุด
คุณภาพของสื่อวีดิทัศน์โดยรวม	4.57	0.45	มากที่สุด

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นก่อนและหลังการ เตรียมโดยใช้วีดิทัศน์ในกลุ่มสอนสาธิต พบว่าความรู้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการเตรียมโดยใช้วีดิทัศน์ มากกว่าก่อนการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตาราง 2

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความ มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และความพึงพอใจของนักศึกษาภายหลังการเตรียมของกลุ่มที่ได้รับการ เตรียมด้วยวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการสอนสาธิต พบว่า ความรู้หลังการเตรียมโดยการสอนสาธิตในกลุ่มควบคุม มากกว่ากลุ่มทดลองที่เตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในขณะที่ความมั่นใจในการปฏิบัติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ก่อนและหลังการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน์ (n = 30)

	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ความรู้				
ก่อนการเตรียม	12.97	3.26	5.79	< .001**
หลังการเตรียม	16.37	2.94		
ความมั่นใจ				
ก่อนการเตรียม	43.23	5.57	5.31	< .001**
หลังการเตรียม	51.07	5.86		

p<.001**

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และความพึงพอใจของนักศึกษา ภายหลังการเตรียมทันตของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิต

	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ความรู้				
กลุ่มวิธีทัศน์	16.37	2.94	2.19	.032*
กลุ่มสอนสาธิต	17.86	2.23		
ความมั่นใจ				
กลุ่มวิธีทัศน์	51.07	5.86	.47	.634
กลุ่มสอนสาธิต	50.34	5.72		
ความพึงพอใจต่อการเตรียม				
กลุ่มวิธีทัศน์	92.37	8.68	1.79	.078
กลุ่มสอนสาธิต	87.90	10.38		

p<.05*

การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการสอนสาธิต จากตาราง 4 พบว่าความรู้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิตมากกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน์แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาสื่อวิธีทัศน์และประเมินคุณภาพสื่อวิธีทัศน์ พบว่าคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยการศึกษานี้ก็อภิปรายผลตามสมมุติฐาน ดังนี้

1. **ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการเตรียมโดยใช้สื่อวิธีทัศน์มากกว่าก่อนได้รับการเตรียม** พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการเตรียมโดยใช้วิธีทัศน์มากกว่าก่อนการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanachai และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์บนสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดฟันสำหรับวัยรุ่นที่พบว่า หลังดูสื่อวีดิทัศน์บนสังคมออนไลน์เด็กวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดฟันมากกว่าก่อนดูสื่อแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹² ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความมั่นใจหลังการเตรียมโดยใช้วีดิทัศน์มากกว่าก่อนการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungpanich และ Srisailaun ที่ศึกษาผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ความมั่นใจหลังใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันมากกว่าก่อนใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁶ และสอดคล้องกับ Kenny, Alkazme และ Day ที่ศึกษาประสิทธิผลของวิดีโอคลิปต่อความมั่นใจของนักศึกษาทันตแพทย์ในการฉีดยาชาเฉพาะที่ในเด็กพบว่าหลังดูวิดีโอคลิปมีความมั่นใจมากกว่าก่อนดูวิดีโอคลิป แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$)¹³ ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ดูวีดิทัศน์โดยในสื่อมีอาจารย์เป็นตัวแทนตามทฤษฎีของ Bandura ที่กล่าวว่าการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) สามารถเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้ สามารถจดจำสิ่งที่สังเกตเป็นภาพในใจ (visual imagery)¹⁴ นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์ยังมีประโยชน์ สามารถสื่อสารไปยังกลุ่มผู้เรียนได้จำนวนมาก โดยสามารถเป็นสื่อหลักหรือสื่อเสริมในการเรียนการสอนเพื่อผู้เรียนได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ¹⁵ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนภายใต้บรรยากาศและสถานการณ์ที่กดดัน หากมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีเช่นวีดิทัศน์มาใช้ย่อมทำให้กลุ่มเกิดความรู้ ความเข้าใจจดจำได้¹⁶

2. ความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และความพึงพอใจหลังการเตรียมของกลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มสอนสาธิตแตกต่างกัน พบว่า ความรู้หลังการเตรียมโดยการสอนสาธิตในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองที่เตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ Viswasome และ Jobby ที่ศึกษาประสิทธิผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์กับการสอนสาธิตในวิชา

กายวิภาคศาสตร์กระดูกของนักศึกษาแพทย์พบว่า ความรู้ของกลุ่มสอนสาธิตมากกว่ากลุ่มสอนด้วยวีดิทัศน์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .047$)¹⁷ เพราะการสอนสาธิตเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) หรือการเลียนแบบจากอาจารย์ผู้สอนสาธิตเป็นตัวแบบ (modeling) โดยตรงแบบเผชิญหน้าทำให้กลุ่มควบคุมได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอาจารย์ประจำฐานมากกว่า นอกจากนี้การสอนสาธิตยังเปิดโอกาสให้สังเกตตัวแบบได้อย่างใกล้ชิดและเป็นรูปธรรมในหลายมิติ อีกทั้งกลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์เป็นกลุ่มใหญ่เพียงครั้งเดียวแล้วเข้ากลุ่มย่อยเพื่อพบอาจารย์ประจำฐาน ดังนั้นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิตได้รับอิทธิพลจากการเรียนรู้มากกว่า¹⁸ จึงมีความรู้มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมโดยวีดิทัศน์มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alqahtani, Al-Jewair, AL-Moammar, Albarakati และ ALkofide พบว่าการสอนจัดฟันนักศึกษาทันตแพทย์โดยใช้วีดิทัศน์กับการสอนสาธิตมีประสิทธิผล ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้ว่านักศึกษาที่มีการเตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และการสอนสาธิต จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะทั้งการใช้สื่อวีดิทัศน์และการสอนสาธิตมีอาจารย์เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่เคยสอนนักศึกษาทำให้เด็กเกิดความสนใจสังเกตและดูแบบอย่าง (modeling) จากอาจารย์ที่คุ้นเคย

ส่วนด้านความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมโดยวีดิทัศน์มีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมโดยการสอนสาธิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Poomarin ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลการสอนสาธิตกับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ในการวัดความดันโลหิตของนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ ทักษะและความพึงพอใจต่อการสอน พบว่า ความพึงพอใจไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ จากผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมต่างมีโอกาสซักถามอาจารย์ประจำฐานซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเป็นการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนจึงเป็นระบบการเรียนรู้แบบสองทาง (two-ways communication)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ควบคู่กับการสอนสาธิต เพราะต่างก็เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้

2. ควรให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการทำสื่อวีดิทัศน์ด้วย เช่น ให้ร่วมแสดงบทสาธิตเพื่อเพิ่มความน่าสนใจและอยากรับชมวีดิทัศน์ที่ตนได้ร่วมแสดงด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการพัฒนาวิธีการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติเด็กและวัยรุ่นในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อความหลากหลายและน่าสนใจมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์กับวิธีการเตรียมแบบอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบและยืนยันผลการวิจัยครั้งนี้

References

1. Ministry of Education. Office of the Education Council. National education plan B.E. 2560-2579. Bangkok: Prigwhan Graphic; 2017. (in Thai)
2. OKMD Knowledge is Opportunity [Internet]. Bangkok: 21st Century essential skills [updated 2019; cited 2020 April 24]. Available from: <http://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/new-gen/262/>
3. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects to high-fidelity simulation-based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth-year nursing students in comprehensive nursing care practicum. Rama Nurs J 2017;23:113-27.
4. Bandansin J, Jamjuree D, Boonprakob M, Chaleoykitti S. Developing the patient safety awareness competency framework for nursing students. JHNR. 2020;36:38-49. (in Thai)
5. Wattanachai P, Yingrengreung S. The developing of video lesson on nasopharyngeal and oral suction in children for nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. JHNR. 2019;15:210-23. (in Thai)
6. Jungpanich A, Srisailaun O. Effects of using daily care plan video teaching on clinical self-confidence and satisfaction of nursing students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal of Nursing 2015;22:17-34.
7. Bandura A. Social foundations of thought and action a social cognitive theory. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
8. Bloom BS. Taxonomy of education objective: Cognitive domain. New York: David McKey; 1964.
9. Omer T. Nursing students' perceptions of satisfaction and self-confidence with clinical simulation experience. JEP 2016;7:131-6.

10. Unvera V, Basakb T, Wattsc P, Gaiosoc V, Moss J, Tastand S, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The student satisfaction and self-confidence in learning scale, simulation design scale, and educational practices questionnaire. *Contemp Nurse* 2017;53:60-74.
11. Laothong N. Developing of Educational Research Instrument. Bangkok: Chulalongkorn University Print; 2016. (in Thai)
12. Wattanachai T, Chatiketu P, Tanomkitti K, Sangadsapaviriya T, Wangsuekul N, Srisukontamit P, et al. Development and evaluation of the efficiency of an online social media video to promote knowledge about orthodontic treatment in adolescents: a case study of students in two schools in Amphoe Muang Chiang Mai. *CM Dent* 2016;37:135-44.
13. Kenny KP, Alkazme AM, Day PF. The effect of viewing video clips of paediatric local anaesthetic administration on the confidence of undergraduate dental students. *Eur J Dent Educ* 2017;22: e57-62.
14. Kotrakool S. Educational Psychology. 11th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai)
15. Chunggis J. The development of instructional video on physical examination in health assessment in health assessment course based on flipped classroom concept [master's thesis]. [Pathum Thani]: Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2016. (in Thai)
16. Devi B, Khandelwal B, Das M. Comparison of the effectiveness of video-assisted teaching program and traditional demonstration on nursing students learning skills of performing obstetrical palpation. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2019;24:118-23.
17. Viswasome AA, Jobby A. Effectiveness of video demonstration over conventional methods in teaching osteology in anatomy. *J Clin Diagn Res* 2017;2:JC09-11.
18. Khalid M, Prakash R. Efficacy of lecture cum demonstration method on nursing students' knowledge and skills of using partograph, in selected nursing institution of Dehradun, Uttarakhand. *IJSR* 2016;5:1067-9.
19. Alqahtani, ND, Al-Jewair T, AL-Moammar K, Albarakati SF, Alkofide EA. Live demonstration versus procedural video: a comparison of two methods for teaching an orthodontic laboratory procedure. *BMC Med Educ* 2015;15(119):1-4
20. Poomarin I. Determining the effectiveness of three teaching methods for blood pressure measurement skills. *Catalyst* 2014;10:46-51.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลการจัดโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมจิตอาสา
และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

The Effect of Life Skill Learning Program on Volunteer Behavior and the
Attitude toward Sufficiency Economy among Nursing Students,
Boromarajonani College of Nursing Udonthani

Received: Apr 14, 2020

Revised: Jul 22, 2020

Accepted: Jul 24, 2020

ศรีไชย โพธิ์ศรี พย.ม. (Srichai Posri, M.N.S.)¹

อัจฉรา คำมะทิพย์ ปร.ด. (Adchara Khammathit, Ph.D.)²

วาสนา หน่อสีดา พย.ม. (Wasana Norseeda, M.N.S.)³

สุปราณี โรจน์สุพร พย.บ. (Supranee Rojsupon, B.N.S.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะชีวิตมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต บูรณาการเรียนการสอนร่วมกับการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านจิตอาสาและเสริมทักษะด้านปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ของสถาบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลและทดลองโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อ พฤติกรรมจิตอาสา และ ทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่เรียนรายวิชาทักษะชีวิต ทั้งหมดจำนวน 191 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการเรียนรู้ใน รายวิชาทักษะชีวิต, การศึกษาดูงานหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ ในหลวงรัชกาลที่ 9 และ การออกแบบ โครงการและจัดกิจกรรม จิตอาสา และกิจกรรมเศรษฐกิจพอเพียง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมจิตอาสา และ แบบสอบถามทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง²

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจิตอาสา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(190)} = 10.85, p < .001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 129.13, SD = 27.83$) สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม ($Mean = 112.19, SD = 29.38$) และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(190)} = 14.11, p < .001$) โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต ($Mean = 63.46, SD = 9.42$) สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($Mean = 56.70, SD = 8.20$)

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี E-mail : posri45@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี E-mail : adcharakham@bcnu.ac.th

^{3,4}พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี E-mail : aoynarak14@gmail.com ⁴ E-mail : supraneeink@gmail.com

Boromarajonani College of nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute, Thailand

สรุปผล: โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมจิตอาสา และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ควรเพิ่มการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานกิจการนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้และทำวิจัยซ้ำในวิทยาลัยพยาบาลอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต, พฤติกรรมจิตอาสา, ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: The main focus of life skill learning program is basic life skill for nursing students. The integrating between learning activities regarding volunteer behavior and the attitude toward sufficiency economy enhances the student identity of nursing students.

Research objectives: To examine the effectiveness of life skill learning program on volunteer behavior and the attitude toward sufficiency economy among nursing students in Boromarajonani College of nursing Udonthani.

Research method: The qua-si experimental study (one group pre and post- test design) was implemented. The participants were 191 first year nursing students, enrolled in the life skill course. There were 2 types of research instrument 1) the life skill learning program included 3 activities: the life skill course, the excursion to promote the sufficiency economy philosophy of the King Rama 9, and the combination of life skill and the sufficiency economy project 2) the measurements included: demographic data, volunteer behavior questionnaire and attitude toward sufficiency economy questionnaire.

Results: The result found that after engagement into the intervention, the participant reported the significant difference of the volunteer behavior score ($t_{(190)} = 10.85, p < .001$). The volunteer behavior score in post intervention (Mean = 129.13, SD = 27.83) was higher than those in baseline score (Mean = 112.19, SD = 29.38). Attitude toward sufficiency economy score was also showed the significant difference ($t_{(190)} = 14.11, p < .001$). Score at post intervention (Mean = 63.46, SD = 9.42) was higher than those in baseline score (Mean = 56.70, SD = 8.20).

Conclusions: the life skill program showed effectiveness on increasing volunteer behavior and attitude toward sufficiency economy among nursing students. The further program should be integrated into extra curriculum in terms of student activities.

Implications: This program has a potential to promote the nursing identity, therefore, the research replication is required in other nursing colleges.

Keywords: life skill program, volunteer behavior, sufficiency economy philosophy, nursing students

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรธานี ได้จัดการเรียนการสอนวิชาทักษะชีวิตสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งลักษณะสำคัญของรายวิชาทักษะชีวิตมุ่งเน้นให้นักศึกษามีการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ทักษะชีวิต (Life skills) เป็นทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในสังคมที่ซับซ้อนในปัจจุบันและเป็นทักษะที่จะช่วยสนับสนุนและลดประเด็นปัญหาสำคัญที่เข้ามาคุกคามชีวิตของแต่ละบุคคล อีกทั้งยังเป็นทักษะที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนช่วยเสริมสร้างการดำเนินชีวิตให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบของทักษะชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและสถานที่ โดยสามารถสรุปได้พอสังเขปคือ ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ทักษะการเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion) และทักษะการจัดการกับความเครียด (Coping with stress)^{3,4}

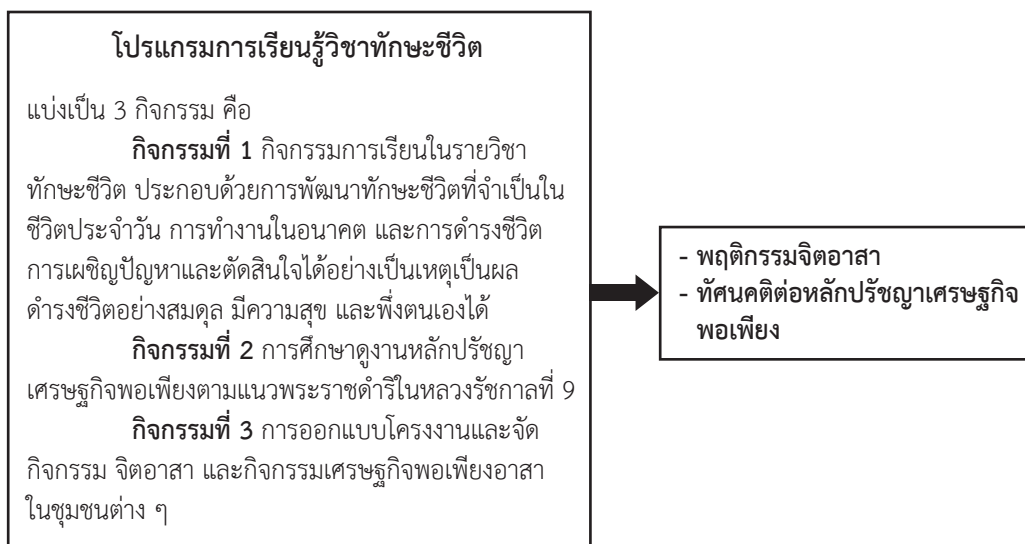
นอกจากทักษะชีวิตที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะที่สำคัญอีกทักษะหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการหล่อหลอมให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล คือ ทักษะจิตอาสา ซึ่งหมายถึง การเสียสละร่างกาย แรงใจ ทรัพย์สินเงินทอง และเวลา เห็นคุณค่า มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ลดการเบียดเบียนทรัพยากร มีความตั้งใจ ความเต็มใจ ความปรารถนาดีในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของส่วนรวม ซึ่งจิตอาสานั้นมิได้ก่อให้เกิดประโยชน์เฉพาะกับสังคมส่วนรวมหรือผู้ที่ได้รับเท่านั้น ในส่วนของผู้ที่ให้หรือผู้อาสาเองก็มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อันเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถและศักยภาพของตัวผู้มีจิตอาสาเองด้วย^{1,5}

วิทยาลัยฯ มีการปลูกจิตสำนึกของนักศึกษาในด้านจิตบริการ (Service mind) ซึ่งเป็นการแสดงถึงอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรธานี (Service mind, Analytical Thinking and Participation : SAP) การเรียนการสอนทางการพยาบาลมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ และโดยลักษณะงานวิชาชีพแล้วเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้อื่น นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกฝน ควบคุมตนเองให้มีความรับผิดชอบสูง เสียสละ อดทน รู้จักแก้ปัญหา และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ให้ดำเนินไปในทางสายกลาง ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร ต่อการกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกัน จะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี^{6,7}

จากที่กล่าวมาข้างต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรธานี จึงได้มีการบูรณาการเรียนการสอนทักษะชีวิตที่สำคัญร่วมกับการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านจิตอาสาและเสริมทักษะด้านปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยจัดกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อฝึกให้นักศึกษาได้ประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนในวิชาทักษะชีวิต มาออกแบบกิจกรรมและทำงานร่วมกับทีมงาน และบุคลากรจากหน่วยงานอื่น โดยเน้นในเรื่องการปลูกจิตสำนึกด้านจิตอาสา และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ของสถาบัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต ต่อพฤติกรรมจิตอาสา และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาทักษะชีวิต ทั้งหมดจำนวน 191 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียด	ระยะเวลา
1	การเรียนรู้ในรายวิชาทักษะชีวิต	การเรียนรู้ในรายวิชาทักษะชีวิต ใช้การออกแบบการเรียนการสอนแบบโครงการเป็นฐาน เป็นการเรียนการสอนที่ออกแบบกิจกรรมให้ผู้เรียนได้ศึกษาสภาพการณ์ของปัญหาและวางแผนแก้ไขพร้อมทั้งลงมือปฏิบัติด้วยตนเองตามความสามารถ ความถนัด และความสนใจ โดยมีรายละเอียดของรายวิชา ดังนี้ 1. การพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน การทำงานในอนาคต และการดำรงชีวิต 2. การพัฒนาในด้านการคิด ด้านจิตใจและด้านการกระทำ สามารถเผชิญปัญหาและตัดสินใจได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ดำรงชีวิตอย่างสมดุล มีความสุข และพึ่งตนเองได้	16 สัปดาห์

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียด	ระยะเวลา
		3. ตระหนักรู้ในตนเองและพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการรู้และเข้าใจตนเอง การเข้าใจผู้อื่น 4. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ การสื่อสารด้วยทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม 5. แสดงคุณลักษณะของบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยในการเรียนการสอนได้มีการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับวิชาทักษะชีวิตมาใช้ในการลงมือปฏิบัติ	
2	การศึกษาดูงานหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริ ในหลวงรัชกาลที่ 9	- การศึกษาดูงานหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามแนวพระราชดำริ ในหลวงรัชกาลที่ 9 - ผู้วิจัยได้มอบหมายให้นักศึกษานำทักสะท้อนคิดในหัวข้อ “สิ่งที่ได้จากการศึกษาดูงานและการปรับใช้ในชีวิตประจำวัน” - ผู้วิจัยสรุปความรู้ที่นักศึกษาได้จากการศึกษาดูงานและสะท้อนกลับถึงประเด็นการสร้างแรงจูงใจใน กระตุ้น ปลุกจิตสำนึกให้นักศึกษาได้เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	สัปดาห์ที่ 10 ของการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทักษะชีวิต
3	การออกแบบโครงการและจัดกิจกรรม จิตอาสา และกิจกรรมเศรษฐกิจพอเพียง	- ให้นักศึกษาออกแบบโครงการที่สอดคล้องกับพฤติกรรมจิตอาสา และหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยแบ่งเป็นกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 10 โครงการ - ผู้วิจัยได้มอบหมายให้นักศึกษานำทักสะท้อนคิดหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ - ผู้วิจัยสรุปความรู้ที่นักศึกษาได้จากการดำเนินโครงการจิตอาสาและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และสะท้อนกลับถึงประเด็นการสร้างแรงจูงใจในการกระตุ้น ปลุกจิตสำนึกให้นักศึกษาได้เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมจิตอาสาและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	สัปดาห์ที่ 13 ของการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทักษะชีวิต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ

2. แบบวัดพฤติกรรมจิตอาสา ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมจิตอาสา¹ โดยแยกพฤติกรรมจิตอาสาออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การช่วยเหลือผู้อื่น (ข้อคำถามที่ 1-7) การเสียสละต่อสังคม (ข้อคำถามที่ 8-11) ความมุ่งมั่นพัฒนา (ข้อคำถามที่ 12-15) เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนอ้างอิงตามการให้คะแนนแบบสอบถามของ ฌ์ฐนิชากร ศรีบริบูรณ์ (2550) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อความทางบวกประกอบด้วยข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11, 12,13,14 และ 15 ซึ่งให้คะแนนดังต่อไปนี้ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง

คือ 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง คือ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง คือ 2 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติเลย คือ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบ คือ ข้อ 3 ซึ่งให้คะแนนในค่าตรงข้ามกัน

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง² โดยคัดเลือกและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของทัศนคติ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจหรือความรู้เชิงประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ 5 ตัวเลือก คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” “เห็นด้วย”

และ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงคือ ผู้ที่ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งคะแนนจะเท่ากับ 1 ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 2 ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 เห็นด้วยเท่ากับ 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนในทางตรงกันข้าม ข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5, 6, 11, 12, และ ข้อ 13 ข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 7, 8, 9, 10, 14 และข้อ 15 ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองในประเด็นนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดสอบใช้กับนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ

การตรวจสอบความตรง (validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เป็นการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.50-1.00 ตามเกณฑ์ยอมรับ⁸

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ สธ 0521.1.05/0938 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะถูกทำลายโดยวิธีย่อยกระดาษ การรายงานผลการวิจัยในภาพรวม และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยซักถามข้อข้องใจ โดยหากอาสาสมัครเกิดความรู้สึกกังวลหรือคับข้องใจต่อการร่วมโครงการวิจัย สามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ครั้งนี้มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมในโปรแกรมในส่วนของการศึกษาดูงานหลักเศรษฐกิจพอเพียง

ที่ มทบ.24 และ การจัดทำโครงการจิตอาสา และเศรษฐกิจพอเพียง โดยโครงการมีอาจารย์ประจำกลุ่มจำนวน 10 คน ในการให้คำปรึกษาและชี้แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขโครงการก่อนนำไปดำเนินงาน

โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี และได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว

2. ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมาย แนะนำตัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดี

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ 1) ก่อนเรียนวิชาทักษะชีวิต และ 2) หลังสิ้นสุดการเรียนรายวิชาทักษะชีวิต

การวิเคราะห์ผล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนของพฤติกรรมจิตอาสา และ ทักษะคิดต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรจำนวน 191 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.50 มีอายุเฉลี่ย 19.7 ปี กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1

2. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมจิตอาสา

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมจิตอาสา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต

	N	คะแนนพฤติกรรมจิตอาสา		t	p-value 1-taile
		Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	191	112.19	29.38	10.85	< .001
หลังการทดลอง	191	129.13	27.83		

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต

	N	คะแนนพฤติกรรมจิตอาสา		t	p-value 1-taile
		Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	191	56.70	8.20	14.11	< .001
หลังการทดลอง	191	63.46	9.42		

จากตาราง 1 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมจิตอาสา ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจิตอาสา ($M = 129.13$, $SD = 27.83$) สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 112.19$, $SD = 29.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(190)} = 10.85$, $p < .001$)

3. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

จากตาราง 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ($M = 63.46$, $SD = 9.42$) สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 56.70$, $SD = 8.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(190)} = 14.11$, $p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมจิตอาสา และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมจิตอาสา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต (Mean =

129.13, $SD = 27.83$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต (Mean = 112.19, $SD = 29.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ คะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต (Mean = 63.46, $SD = 9.42$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต (Mean = 56.70, $SD = 8.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต มีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมจิตอาสา และคะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้แนวทางการฝึกทักษะชีวิตที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตให้กับนักศึกษา โปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ การเรียนการสอนในชั่วโมงปกติ ตามการออกแบบรายวิชาใน มคอ.3, การศึกษาดูงานหลักเศรษฐกิจพอเพียง ที่ มทบ.24 และการจัดทำโครงการจิตอาสา และเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการจัดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มจำนวน 10 กลุ่มเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องโครงการจิตอาสา และเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิต แล้วนั้น สามารถทำให้พฤติกรรมจิตอาสา และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมีคะแนนเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ทักษะชีวิต** เป็นทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในสังคมที่ซับซ้อนในปัจจุบันและเป็นทักษะที่จะช่วยสนับสนุนและลดประเด็นปัญหาสำคัญที่เข้ามาคุกคามชีวิตของแต่ละบุคคลอีกทั้งยังเป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนช่วยเสริมสร้างการดำเนินชีวิตให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยใช้การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทักษะชีวิตโดยมีการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) ทักษะการเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion) และทักษะการจัดการกับความเครียด (Coping with stress)^{4,7,9} เมื่อจัดการเรียนการสอนจนจบรายวิชา นักศึกษาได้สะท้อนว่า “หนูสามารถพัฒนาทักษะในการเข้าสังคมได้ดี โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากไม่กล้าพูด ทำให้หนูกล้าพูดกับคนอื่นมากขึ้น”

2. **พฤติกรรมจิตอาสา** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การเสียสละเวลา สิ่งของเงินทอง แรงกาย สติปัญญา เพื่อสาธารณประโยชน์ ผู้วิจัยได้สอดแทรกเนื้อหากิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมจิตอาสาในโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตฯ โดยจัดให้กลุ่มเป้าหมายทำโครงการเกี่ยวกับการสร้างพฤติกรรมจิตอาสา พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตฯ กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจและให้ความสำคัญที่จะเข้าร่วมและดำเนินโครงการพัฒนาพฤติกรรมจิตอาสา ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีระดับคะแนนพฤติกรรมจิตอาสาเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตฯ โดยนักศึกษาได้สะท้อนความรู้สึก ดังนี้ “มีความกล้าที่จะแสดงพฤติกรรมจิตอาสาเพิ่มมากขึ้น เช่น การช่วยอาจารย์ถือของ การเป็นตัวแทนรุ่นในการติวหนังสือ ก็ถือเป็นกิจกรรมจิตอาสา”, “หลังจากได้ร่วมโครงการจิตอาสา รู้สึกอึดอัด มีความรู้ สร้างรอยยิ้มให้ทั้งผู้ให้และผู้รับ.. มีความสุขมากค่ะ”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Throngyu และคณะ¹⁰ ที่กล่าวว่า นักศึกษาวิชาชีพครูที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาจิตอาสาตามแนวคิดการเรียนรู้จากการให้บริการสังคมมีจิตอาสาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 2) นักศึกษาวิชาชีพครูที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาจิตอาสาตามแนวคิดการเรียนรู้จากการให้บริการสังคม มีจิตอาสาหลังการทดลองสูงกว่านักศึกษาวิชาชีพครูที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และ 3) นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาจิตอาสาตามแนวคิดการเรียนรู้จากการให้บริการสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด การศึกษาของ Supapoj¹¹ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อนักศึกษาได้ทำกิจกรรมจิตอาสา มีรู้สึกภูมิใจ สุขใจที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นในสังคมเท่าที่กำลังจะทำได้ และเมื่อได้เห็นผู้รับได้ประโยชน์จากการที่ได้ทำสิ่งดี ๆ ให้ก็รู้สึกภูมิใจ ทำให้มีพลังในการที่จะร่วมทำกิจกรรมจิตอาสาต่อไปเป็น การใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ โดยนักศึกษาเห็นว่าช่วงเวลาในการทำกิจกรรมจิตอาสา

3. **ทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง** คือ ความพอประมาณที่ตั้งอยู่บนความเชื่อสัตย์ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ความมีปัญญา มีเหตุผล ซึ่งทำให้ไม่ขาดสติ มีความรอบรู้รอบคอบและรู้จักรักและสามัคคี ซึ่งเกิดจากความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทรต่อกัน อันเกิดผลในทางสร้างสรรค์ต่อสังคม⁶ ผู้วิจัยได้สอดแทรกหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตฯ โดยจัดให้มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินโครงการ ส่งผลให้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตฯ นักศึกษามีคะแนนทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น สามารถนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านคุณธรรม ด้านความมีเหตุผล ด้านความพอประมาณและด้านความรู้อยู่ในระดับมาก นักศึกษาได้สะท้อนว่า “เข้าใจในหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพิ่มมากขึ้น รู้ว่าต้องทำอะไร สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เกิดการดำเนินชีวิตได้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankae² พบว่าหากมีทัศนคติที่ดีต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจะส่งผลให้มีการกำหนด

พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา¹² พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ Wongaree และคณะ¹³ พบว่าการประยุกต์หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของนักเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่านักเรียนมีการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในภาพรวมระดับมาก มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน^{14,15,16}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประยุกต์ใช้พฤติกรรมจิตอาสาและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอ

เพียง และศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำพฤติกรรมจิตอาสาและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของนักศึกษา

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อหาว่าอะไรเป็นแรงจูงใจให้นักศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมจิตอาสาและตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3. การนำโปรแกรมการเรียนรู้วิชาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมจิตอาสา และทัศนคติต่อหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ไปใช้ควรมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบท

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 เท่านั้น ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น ๆ เพื่อสามารถนำผลการทดลองมาเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของการทำกิจกรรมได้

References

1. Sriboriboon N. Development of a causal model of students' volunteer mind in the upper secondary schools under the office of the basic education commission [Master's thesis]. Bangkok : Chulalongkorn University ; 2007. (in Thai).
2. Pankaew P. Attitudes toward Sufficiency Economy Philosophy, Quality of Work Life, and Social and Organization Citizenship Behaviors of Employees in a Private Company. J Silpakorn University 2014;34(2):1-22. (in Thai).
3. World Health Organization. Life Skills Education for Children and Adolescents in School. Geneva : World Health Organization ; 1997.
4. Erawan P. Developing Life Skills Scale for High School Students through Mixed Methods Research. European Journal of Scientific Research 2010;47(2):169-86.
5. Boonyanusit K. Development of instructional model for enhancing respectful mind and ethical mind based on teaching and learning via service learning for undergraduate students [doctoral's thesis]. Bangkok : Srinakharinwirot University ; 2011. (in Thai).
6. Saengpolisith U. Philosophy of "Sufficiency Economy" by His Majesty King Bhumibol Adulyadej. J of Buriram Rajabhat University 2018;10(1):183 -8. (in Thai).

7. Voracharoensri S. A study of life skilld and a training group model construction for developing life skills of adolescent students [doctoral'thesis]. Bangkok : Srinakharinwirot University ; 2007. (in Thai).
8. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion - Referenced test item validity. Dutch journal of education research. 1977;2:49-60.
9. Ananwarapong A., Pronthadawitt N. The Comparison of Life Skill and Quality of Life in Family of Home Economics Students in Rajamangala University of Technology Krungthep. Bangkok : Rajamangala University of Technology Krungthep ; 2007. (in Thai).
10. Throngyu S,Kijithorntham W, Choochom O. Effect of the Volunteer spirit development program based on service leaning by teaching profession students of Udonthani Rajabhat University 2017;11(25):153 – 63. (in Thai).
11. Supapoj N. Volunteer Mind of Undergraduate Dtudents of Rajabhat Universities in Bangkok Metropolitan Area. J Chandrakasem Rajabhat University 2018;13(1):78-88. (in Thai).
12. Pongsuwan, N. Factors Affecting the Success of the Application of The Philosophy of Sufficiency Economy in Samut Songkram Province [Master'thesis]. Bangkok : Ramkhamhaeng University ; 2010. (in Thai).
13. Wongaree W, Thawornratana C, Jai-aree A. The Relation between sufficiency Economy and Quality of Life of Students at Sua Phung Wittaya School, Ratchaburi Province. j of Education and Human Development Sciences 2017;1(1):51-9. (in Thai).
14. Khumhome B, Juntarukka S. The model application of sufficiency economy philosophy of the students, the faculty of management science, Ubonratchatani University. J Panyapiwat 2015 ; 7(Special) : 86 -98. (in Thai).
15. Thamaphiban W. A development of enrichment curriculum to enhance desirsble public mind for undergraduate students at Thaksin University, Songkhla campus [doctoral'thesis]. Bangkok : Srinakharinwirot University ; 2012. (in Thai).
16. Reunreang T. The integration of sufficiency economy philosophy in bachelor of nursing science programme of Praboromarajchanok institute, the ministry of public health [doctoral'thesis]. Bangkok : Chulalongkron University ; 2009. (in Thai).

บทความวิจัย

พลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยรังสิตResilience Quotient and Level of Stress in Nursing Students
at School of Nursing, Rangsit University

Received: Aug 8, 2020
Revised: Feb 12, 2021
Accepted: Feb 20, 2021

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ พย.ม. (Thitinan Ounlam, M.N.S.)¹
ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง พย.ม. (Suparat Panpoklang, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: พลังสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลที่มีภาวะเครียดสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันผลกระทบที่เกิดต่อร่างกายและจิตใจตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงอันตรายรุนแรงต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปีการศึกษา 2562 จำนวน 272 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความเครียดสวนปรง แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .84 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทาง เดียว และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพลังสุขภาพจิตอยู่ระดับปกติ (Mean = 63.84, SD. = 7.39) และร้อยละ 38.97 มีความเครียดอยู่ระดับปานกลาง นักศึกษาพยาบาลที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ ผลสัมฤทธิ์ทาง การเรียน และลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงินที่ต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.473, p < .001$)

สรุปผล: พลังสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาพยาบาลจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น มีความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดให้สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, ความเครียด, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: Resilience Quotient (RQ) helps a stressful person face problems and obstacles in life effectively and prevent the effects on the body and mind, from mild to severe life-threatening.

Research objectives: To compare and find correlation between the RQ and levels of stress in nursing students at school of nursing, Rangsit University.

Research methodology: The participants consisted of 272 nursing students studying in years 2-4 in the Bachelor of nursing science program at the School of Nursing, Rangsit University in 2019. Research instruments included demographic questionnaires, Thai RQ screening test and Suanprung Stress Test 20 (SPST-20). The Cronbach's alpha coefficient were .84 and .95, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and Pearson's product correlation coefficient.

Results: The results indicated that the nursing students had normal level of RQ (Mean = 63.84, SD=7.39), and had a moderate level of stress 38.97 percent. For personal factor, the nursing students with different gender, academic achievement, and family characteristics had no significance different in RQ and stress while the nursing students with different age, academic year, the family atmosphere and financial status had significance different in RQ and stress ($p < .05$). Correlational analysis revealed that RQ was negative related to stress in nursing students ($r = -.473$, $p < .001$).

Conclusions: The findings found that RQ support the student manage effectively with incidents of problems and decreasing the stress.

Implications: The development of and activity related to RQ should be done parallelly with stress management. This practice helps the nursing students to manage stress appropriately.

Keywords: resilience quotient, stress, nursing students

บทนำ

จากสภาพสังคมโลกปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงทำให้ประชากรมีการแข่งขันกันมากขึ้น มีการแข่งขันสูงในสภาวะที่กดดันในการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผล กระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2556 พบว่าคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.90 หรือประมาณ 7 ล้านคน โดยเฉพาความเครียดเป็นปัญหาสำคัญของสังคมในปัจจุบันที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) คือ

ความสามารถในการฟื้นพลังความเข้มแข็งทางจิตใจให้กลับคืนมาในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ระทมในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเอาชนะปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วยพลัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ อดทนภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้โดยไม่เสียสุขภาพจิต 2) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) หมายถึง จิตใจที่มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย มีพลังที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคหรือฝ่าฟันไปสู่ความสำเร็จ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) หมายถึง ความพยายามในการแก้ไขปัญหโดยคิดหาเหตุผลในการแก้ไขปัญห จากการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตได้¹ นอกจากนี้ ปัจจัยทางครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่ดีในบ้าน การมีบุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ล้วนมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต^{2,3}

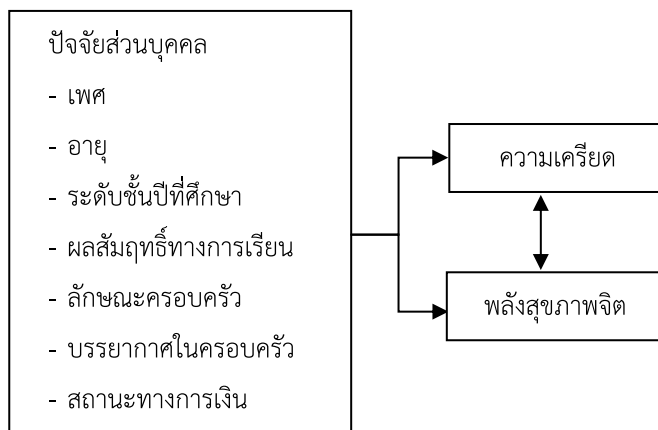
ความเครียดเป็นภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้รู้สึกถูกกดดัน กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายแล้วจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่มีระดับความเครียดสูง ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น ปรับตัวเข้ากับการเรียนและหลักสูตรเฉพาะสาขา อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์เป็นการจัดการศึกษาที่เตรียมพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของวิชาชีพ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ทำให้นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด⁴ นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่รอบตัวนักศึกษาไม่ว่าจะเป็นภาวะเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับบุคคลระดับต่าง ๆ และความคาดหวังในตนเอง ครอบครัวและจากบุคคลอื่น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยเสริมให้นักศึกษาเกิดภาวะเครียดได้เช่นกัน

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อได้ทราบถึงสถานการณ์พลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล พร้อมนำไปประกอบการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การจัดการด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และการจัดการกับความเครียดให้แก่นักศึกษาต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิตที่ประยุกต์มาจาก Grotberg⁵ ซึ่งพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อเจอปัญหา ประกอบด้วยพลัง 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) คือ ฉันเป็นคนอดทนเข้มแข็ง พึ่งตัวเองได้ (2) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ ฉันมีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย และ (3) ด้านการจัดการปัญหา (พลังสู้) คือ ฉันทำสิ่งที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเครียดของกรมสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลเป็นผลรวมของปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษา ระหว่างเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาอยู่ในระดับปกติ และระดับความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง
2. นักศึกษาที่มีเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงินที่แตกต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดแตกต่างกัน
3. พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวนทั้งสิ้น 414 คน แบ่งเป็นชาย 14 คน และหญิง 400 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัยทางการพยาบาลของ Kanjanaratanakorn⁶ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 259 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในขั้นตอนของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นร้อยละ 5 และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ได้จำนวน 272 คน โดยผู้วิจัยเลือกบุคคลทุก ๆ อันดับที 2 ถ้าสุ่มคนที่ 2 เป็นคนแรก คนต่อไปก็จะเป็นคนที่ 4 6 8 10 ... ต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะครบจำนวน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 87 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 95 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน
2. แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ แบ่งองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังจิต) 2) ด้านกำลังใจ (พลังใจ) และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้ ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ให้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ค่อนข้างจริง ให้ 3 คะแนน จริงมาก ให้ 4 คะแนน ข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 1, 5, 14, 15 และ 16 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ค่อนข้างจริง ให้ 2 คะแนน จริงมาก ให้ 1 คะแนน การแปลผล ค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านนำมาเทียบค่ากับเกณฑ์ปกติในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	ต่ำกว่าเกณฑ์	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
พลังสุขภาพจิต			ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	< 27	27-34	> 34
2. ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	< 14	14-19	> 19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	< 13	13-18	> 18
รวมทุกด้าน (ข้อ 1-20)	< 55	55-69	> 69

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

3. แบบประเมินความเครียดของสวนปรุง (SPST-20) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบบประเมินนี้ให้ผู้ตอบอ่านคำถามด้วยตนเองและสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นบ้าง ถ้าข้อไหนไม่เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบ ให้ประเมินว่าผู้ตอบรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วให้คะแนนการให้คะแนนของแบบประเมินความเครียดของสวนปรุงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยไม่รู้สึกละอาย ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน เครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมาก ให้ 4 คะแนน เครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ได้มีค่าตั้งแต่

0-100 การแปลผลแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ 0-24 คะแนน เครียดระดับต่ำ 25-42 คะแนน เครียดระดับปานกลาง 43-61 คะแนน เครียดระดับสูง และตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป เครียดระดับรุนแรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA. NO. RSUERB2019-038 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมเมื่อมีเวลาว่างจากการเรียน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยได้แจ้งกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า การตอบแบบสอบถามตลอดจนข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ จะไม่มีผลต่อการวัดและประเมินผลรายวิชาของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธและถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลใดที่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถาม เพื่อลดพลังอำนาจที่ไม่เสมอภาคระหว่างผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 คน ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาครบสมบูรณ์ทุกฉบับ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของนักศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตและระดับความเครียดของนักศึกษา กับปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับระดับความเครียดของนักศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.32) มีอายุระหว่าง 18-28 ปี อายุเฉลี่ย 20.94 ปี (SD.=1.31) ศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 34.93) มากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 33.09) และชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 31.98) มีผล

สัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในช่วง 2.51-3.00 (ร้อยละ 45.95) ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.63) มีบิดามารดาที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เกินครึ่งหนึ่งมีบรรยากาศในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียว (ร้อยละ 80.15) สถานะทางการเงินของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเงินที่ใช้จ่ายขณะเรียนเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 55.88) มากกว่าครึ่งมีความเพียงพอของเงินที่ได้รับต่อเดือน (ร้อยละ 51.84)

ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ (Mean= 63.84, SD.= 7.39) และจากการจำแนกพลังสุขภาพจิตรายด้าน ประกอบด้วยด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปกติ ดังตารางที่ 1

ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.97 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพลังสุขภาพจิต (n=272)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	30.87	3.99	ปกติ
2. ด้านกำลังใจ	17.21	2.30	ปกติ
3. ด้านการจัดการกับปัญหา	15.76	2.35	ปกติ
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	63.84	7.39	ปกติ

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (n = 272)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.
1. ต่ำ (คะแนน 0-24 คะแนน)	11	4.04	23.82	0.40
2. ปานกลาง (คะแนน 25-42 คะแนน)	106	38.97	34.63	5.32
3. สูง (คะแนน 43-61 คะแนน)	99	36.40	50.69	5.00
4. รุนแรง (คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป)	56	20.58	71.13	7.79

ค่าเฉลี่ย = 47.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.46

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตและความเครียด กับปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน (n = 272)

ตัวแปรที่ศึกษา	พลังสุขภาพจิต $\bar{X} \pm SD.$	T-test/ Z-test	p-value	พลังสุขภาพจิต $\bar{X} \pm SD.$	T-test/ Z-test	p-value
เพศ						
ชาย	62.50 $\pm$ 5.08	-584	.559	53.30 $\pm$ 16.51	1.199	.231
หญิง	63.89 $\pm$ 7.47			47.33 $\pm$ 15.41		
อายุ						
17 – 20 ปี	63.19 $\pm$ 7.02	2.717	.068	50.60 $\pm$ 15.87	3.755	.025
21 – 24 ปี	64.11 $\pm$ 7.49			45.49 $\pm$ 14.90		
25 – 28 ปี	71.50 $\pm$ 10.34			43.75 $\pm$ 14.73		
ระดับชั้นปีที่ศึกษา						
ชั้นปี 2	63.47 $\pm$ 7.70	.437	.646	51.62 $\pm$ 15.53	7.239	.001
ชั้นปี 3	64.41 $\pm$ 6.48			48.11 $\pm$ 15.33		
ชั้นปี 4	63.60 $\pm$ 8.00			43.03 $\pm$ 14.46		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน						
ต่ำกว่า 2.50	62.35 $\pm$ 7.92	1.158	.326	47.92 $\pm$ 14.09	2.061	.106
2.50 – 3.00	64.21 $\pm$ 7.35			47.70 $\pm$ 16.12		
3.01 – 3.50	63.84 $\pm$ 7.60			49.03 $\pm$ 15.80		
3.51 ขึ้นไป	65.61 $\pm$ 4.41			39.11 $\pm$ 10.80		
ลักษณะครอบครัว						
อยู่ด้วยกัน	63.96 $\pm$ 7.15	1.174	.322	47.18 $\pm$ 15.13	1.152	.334
แยกกันอยู่	62.55 $\pm$ 8.12			46.85 $\pm$ 13.51		
หย่าร้าง	64.93 $\pm$ 8.38			51.79 $\pm$ 19.57		
บิดา/ มารดาถึงแก่กรรม	60.10 $\pm$ 8.90			49.30 $\pm$ 13.07		
บิดา/ มารดาแต่งงานใหม่	68.75 $\pm$ 4.99			33.50 $\pm$ 10.97		
บิดาและมารดาแต่งงานใหม่	62.43 $\pm$ 6.13			48.86 $\pm$ 15.41		
บรรยากาศในครอบครัว						
รักใคร่กลมเกลียว	64.55 $\pm$ 6.82	5.206	.006	46.89 $\pm$ 15.65	1.783	.170
ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ	60.75 $\pm$ 1.50			59.50 $\pm$ 17.00		
ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นบางครั้ง	61.00 $\pm$ 9.21			49.46 $\pm$ 14.22		
สถานะทางการเงิน ด้านเงินที่ใช้จ่ายต่อเดือน						
ต่ำกว่า 10,000	63.64 $\pm$ 7.45	1.586	.193	47.34 $\pm$ 15.92	3.239	.023
10,000 – 15,000	63.84 $\pm$ 6.93			51.33 $\pm$ 15.94		
15,001 – 20,000	65.59 $\pm$ 7.38			41.90 $\pm$ 11.16		
20,001 บาทขึ้นไป	60.36 $\pm$ 8.81			46.45 $\pm$ 13.97		
สถานะทางการเงิน ด้านความเพียงพอของเงินที่ได้รับ						
ไม่เพียงพอ	60.33 $\pm$ 8.05	2.918	.056	51.00 $\pm$ 16.84	2.547	.080
เพียงพอ	64.46 $\pm$ 7.93			45.56 $\pm$ 16.03		
เพียงพอบางครั้ง	63.72 $\pm$ 6.34			49.45 $\pm$ 14.17		

ตารางที่ 4 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

	ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	ด้านกำลังใจ	ด้านการจัดการกับปัญหา	พลังสุขภาพจิตโดยรวม	ความเครียด
พลังสุขภาพจิต					
- ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	1	.586**	.573**	.904**	-.431**
- ด้านกำลังใจ		1	.590**	.816**	-.470**
- ด้านการจัดการกับปัญหา			1	.811**	-.293**
- โดยรวม				1	-.473**
ความเครียด					1

** $p < .001$

การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่างกับปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงิน

การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว และสถานะทางการเงิน มีพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ส่วนบรรยากาศในครอบครัว มีพลังสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มตัวอย่างกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงินด้านความเพียงพอของเงินที่ได้รับ มีความเครียดไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับชั้นปีการศึกษา และสถานะทางการเงินด้านเงินที่ใช้จ่ายต่อเดือน มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดนักศึกษาพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation

Coefficient) พบว่าพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาอยู่ในระดับปกติ และระดับความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปกติ อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดี ส่วนหนึ่งมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัว และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาในด้านกำลังใจ (I have) และการเห็นคุณค่า ความสามารถของตนเอง (I am) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (student center) ทำให้นักศึกษาสามารถคิดและแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลักดันให้เกิดพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการกับปัญหาได้ (I can) มีความหวังและมีกำลังใจ มีความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหา

อุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ไปได้⁷⁻¹⁰

ระดับความเครียดของนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.97 ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันในเกณฑ์ปกติทั่วไป อธิบายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนทางกายภาพศาสตร์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล^{4,8,11} นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา เช่น ครอบครัวย่ำแย่ และการทะเลาะกันในกลุ่ม อธิบายได้ว่าหากครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ส่งผลให้นักศึกษาขาดกำลังใจในการเรียน การจัดการกับปัญหา เกิดความเครียดได้ง่าย และเงินถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิต การมีสถานะทางการเงินที่ดี มีความเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในครอบครัวที่มีสถานะทางการเงินดีจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงศักยภาพของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ซึ่งจะช่วยลดความเครียดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำรงชีวิต สามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8,10-11}

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 นักศึกษาที่มีเพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และสถานะทางการเงินที่แตกต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดแตกต่างกัน

เพศ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีเพศที่แตกต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีความเหมือนกัน นักศึกษาทุกคนจึงมีการปรับตัว และเรื่องที่ต้องเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิตคล้าย ๆ กัน เช่น การเรียน การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งยังมีกิจกรรมของคณะและของมหาวิทยาลัยที่ต้องมีส่วนร่วม ทำให้นักศึกษาพยาบาลที่มีเพศต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความเครียดไม่แตกต่างกัน^{12,13}

อายุ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่อายุแตกต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$) โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Feinstein และ Hammond¹⁴

พบว่า ความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤตจะสูงขึ้นตามอายุ และระดับชั้นปีที่สูง จะมีความสามารถในการปรับตัว และเผชิญกับภาวะเครียดได้ดีกว่าชั้นปีการศึกษาที่ต่ำกว่า

ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีที่ศึกษาต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 เริ่มขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและได้ให้การดูแลผู้ป่วยจริงเป็นครั้งแรก มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหลากหลาย อีกทั้งยังต้องปรับตัวให้เข้ากับบุคลากรในทีมให้การพยาบาล อาจารย์ในเทศในแหล่งฝึก สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยทำให้นักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับสูงได้^{4,15,16}

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดไม่แตกต่างกัน กล่าวคือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่แสดงถึงระดับปัญญา มีความเกี่ยวข้องกับการประเมินสาเหตุ การจัดการกับความเครียดอีกด้วย

ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน มีพลังสุขภาพจิตและความเครียดไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจขึ้น นักศึกษาสามารถปรึกษาบิดามารดาได้ หรือสามารถปรึกษานักบุคคลสำคัญได้ ทำให้นักศึกษารู้สึกปลอดภัย จึงเป็นผลให้นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

บรรยากาศในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศในครอบครัวที่ต่างกัน พลังสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .006 ส่วนความเครียดไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ สัมพันธภาพหรือบรรยากาศในครอบครัวที่ดีและอบอุ่น มีความสำคัญกับพลังสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก หากความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความอบอุ่น รักใคร่ปรองดองจะสามารถสร้างและพัฒนาพลังสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านกำลังใจ (พลังยึด) จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี หากบรรยากาศในครอบครัวนักศึกษาศาสนาดี ได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดา มีการสนับสนุนช่วยเหลือกัน (I have) สิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานที่ช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถ (I am) หากต้องเผชิญกับความเครียด หรือ

สถานการณ์ต่าง ๆ ก็สามารถที่จะปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (I can)^{9,10}

สถานะทางการเงิน ผลการศึกษาพบว่า ด้านเงินที่ใช้จ่ายต่อเดือนและด้านความเพียงพอของเงินที่ได้รับ มีพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ด้านที่ใช้จ่ายต่อเดือนมีความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาพยาบาลมีสถานะทางการเงินที่ดี มีความเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงศักยภาพของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น (I have) นั้น จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำรงชีวิต (I am) จากการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่าสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตได้^{8,9,11}

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษา

ผลการศึกษา พบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พลังสุขภาพจิต (ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในด้านการเงิน (ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลได้นักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตสูงนั้นจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีคนที่จะให้ความรัก ให้กำลังใจ และคำปรึกษาแก่ตนเองเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจเป็น

บุคคลในครอบครัว เพื่อน อาจารย์ (I have) และนักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตสูงนี้ เมื่อเกิดปัญหาที่เชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ จะผ่านไปไปในทางที่ดี (I am) และสามารถที่จะจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม (I can)^{7,17} ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับความยุ่งยากใจ ความเครียดต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียน ข้อจำกัดในการเรียน ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาทางด้านการเงิน นักศึกษากลุ่มนี้ก็จะสามารถตั้งองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเผชิญกับความเครียดได้เป็นอย่างดีเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ใกล้ชิดที่มีการสังเกตหรือตรวจคัดกรองความเครียดในนักศึกษา และเป็นที่ปรึกษาพูดคุยกันอย่างเข้าใจ อาจมีกิจกรรมการจัดการความเครียด เพื่อผ่อนคลายและบรรเทาความเครียดแก่นักศึกษา

2. ฝ่ายพัฒนานักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา และมหาวิทยาลัย ควรเล็งเห็น มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนา และติดตามพลังสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาแต่ละชั้นปีเป็นระยะ ๆ และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงกระบวนการ โดยศึกษาพลังสุขภาพจิตภายในสถาบัน โดยเปรียบกันเป็นรายคณะ ชั้นปี เพื่อศึกษาตัวแปรต่าง ๆ เพิ่มเติม

References

1. Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research* 2009;43:1007-12.
2. Bowes L, Maughan B, Caspi A, Moffitt TE, Arseneault L. Families promote emotional and behavioral resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010;51:809-17.
3. Wachiradilok P. Predictive factors of resilience quotient of nursing students in Suandusit Rajabhat University. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28(2):17-31. (in Thai).
4. Tantalanutkul S, Wongsawat P. Stress and stress management in nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(1):81-92. (In Thai).
5. Grotberg EH. A Guide for promotion resilience in children: strengthening the human spirit. The Bernard van Leer Foundation: The Hague; 1995.
6. Kanjanaratanakorn K. Sample size determination. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2013. (In Thai).
7. Nintachan P, Thaweekoon T, Wittayasooporn J, Orathai P. Resilience and stress among nursing students at Ramathibodi School of Nursing. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2011;25(1):1-13. (In Thai).
8. Thaweekoon T, Nintachan P, Sangon S. Factors predicting stress in graduate nursing students nursing. *Journal of the Ministry of Public Health* 2013;22(3):1-11. (In Thai).
9. Nintachan P, Sangon S, Thaweekoon, T. A resilience enhancing program. Bangkok: Chudtong; 2012. (In Thai).
10. Wongkhan M, Nintachan P, Sangon S. Factors related to resilience in adolescents. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015;29(1):57-75. (In Thai).
11. Kaewsakulthong J. Factors predicting stress among nursing students under the Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *Journal of Health Research and Innovation* 2019;2(1):1-11. (in Thai).
12. Huurre T, Eerola M, Rahkonen O, Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of affective disorder* 2007;100(1):55-64.
13. Nasreen HE, Alam MA, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among disadvantaged adolescents: results from a population-based study in Bangladesh. *Journal Child adolescence Psychiatric Nursing* 2016;29(3):135-44.
14. Feinstein L, Hammond C. The contribution of adult learning to health and social capital. *Oxford Review of Education* 2004;30:199-221.

15. Chaiyavichit S. Influencing factors of stress and stress coping among nursing students of Phrapokklao nursing college, Chanthaburi. Journal of Phrapokklao Nursing College 2009;20(2): 49-58. (In Thai).
16. Juntapim S, Sungworawongpana T, Boontoch K, Sriraksa A, Kanchanabat B. The 4th year nursing students opinions towards the teaching and learning of the faculty of nursing, Khon Kaen University. Journal of Nursing Science & Health 2019;42(4):102-11. (In Thai).
17. Grotberg EH. Resilience for today: gaining strength from adversities. Con-necticut: Praeger Publishers; 2003.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาFactors Influencing Depression among Secondary School
Students in Extended Educational Opportunity Schools

Received: May 22, 2020

Revised: Jun 20, 2020

Accepted: Jun 23, 2020

ประภัสสร จันดี, พย.ม (Prapatsorn Jandee, M.N.S)¹ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ป.ด. (Duangjai Vatanasin, Ph.D.)²ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ป.ด. (Pornpat Hengudomsab, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลาย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 160 คน

ระเบียบวิธีวิจัย: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความฉลาดทางสังคม แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน แบบประเมินพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ และแบบประเมินพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .90, .83, .80, .80 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 65.60 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 28.90 และรุนแรง ร้อยละ 36.90 ส่วนผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.53$, $p < .001$) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($\beta = -.23$, $p < .001$) พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ($\beta = .18$, $p < .01$) และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ($\beta = .18$, $p < .05$) มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าโดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาได้ร้อยละ 52.30 ($R^2 = .523$, $p < .05$)

สรุปผล: ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเป็นประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสำคัญที่ทีมสุขภาพจิตควรตระหนัก

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดให้มีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าโดยการเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: prapatsornjandee@gmail.com

² corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: duangjaiwat@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: pornpat12@yahoo.com

Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Introduction: Secondary school students in extended educational opportunity schools are risk of depression due to various adaptations such schools necessitate.

Research objectives: Predictive correlational study was to examine depression and its influencing factors among secondary school students in extended educational opportunity schools in Muang District, Chon Buri Province.

Research methodology: Stratified random sampling was employed to select 160 students. Data were gathered by seven questionnaires. a Personal Information Form, Children's Depression Inventory Scale, Social Intelligence Scale, Family Connectedness Scale, Friendship Intimacy Scale, Online Game Addiction Scale, and Online Chat Addiction Scale. These scales yielded Cronbach's alpha coefficients of .89, .90, .83, .80, .80 and .94, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results: 65.60% of the sample was experiencing depression. Among these, 28.70% had mild to moderate depression, and 36.90% had severe depression. Stepwise multiple regression analyses revealed that family connectedness ($\beta = -.53, p < .001$), friendship intimacy ($\beta = -.23, p < .001$), online game addiction ($\beta = .18, p < .01$), and online chat addiction behavior ($\beta = .18, p < .05$) had statistically significant effects on depression. These factors together explained 52.30 % ($R^2 = .523, p < .05$) of the variance in depression among these students.

Conclusions: The health care providers should be aware that depression among students in extended educational opportunity schools is an important mental health concern.

Implications: Mental health programs to prevent or decrease depression by enhancing family connectedness and friendship intimacy, and by modifying online game addiction and chat addiction behaviors should be promoted.

Keywords: depression, secondary school students, extended educational opportunity schools

บทนำ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งด้านพัฒนาการตามวัย การเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา และสภาพสังคมไทยในยุค Thailand 4.0 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดสมุทรสาครมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.03¹ จังหวัดสมุทรปราการร้อยละ 28.70² และจังหวัดชลบุรีร้อยละ 27.27³

นักเรียนกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางเป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมค่อนข้างมาก⁴ นักเรียนยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดที่หลากหลายทั้งในส่วนของความพร้อมของโรงเรียน ที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้โรงเรียนฯ ประสบปัญหาการขาดแคลนครูผู้สอน จำนวนห้องเรียน อุปกรณ์การเรียน อาคารสถานที่ไม่เพียงพอ การคมนาคมที่ไม่สะดวก¹ นักเรียนส่วนใหญ่ยังมีฐานะค่อนข้างยากจน บิดามารดาต้องทำงานหารายได้ให้กับครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลบุตรหลาน มีการย้ายที่อยู่หรือที่ทำงานบ่อยครั้ง บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีปัญหาสัมพันธภาพซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด ไม่มีความสุขในการเรียน ผลการเรียนต่ำ ขาดเรียนบ่อยครั้ง บางรายต้องลาออกจากโรงเรียนกลางคันหรือไม่สำเร็จการศึกษา⁵ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารในสังคมไทยยุค Thailand 4.0 แบบก้าวกระโดดทำให้วัยรุ่นไทยนิยมใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการสื่อสารและความบันเทิงผ่านแอปพลิเคชัน YouTube, Facebook, Line, Instagram และเกมออนไลน์มากขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมติดเกมออนไลน์⁶ และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นได้ง่าย

นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความแปรปรวนด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้พฤติกรรม หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยรู้สึกเศร้า อ้างว้าง ร้องไห้บ่อย บางครั้งอาจหงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ มีความคิดด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย อยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง การพูดหรือเคลื่อนไหวช้า นอนไม่หลับ⁷ ไม่สนใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน ไม่ไป

โรงเรียน แยกตัวจากเพื่อนหรือสังคม ไม่สนใจและไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของครอบครัวหรือโรงเรียน เก็บตัวในห้องตลอดเวลา อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง⁸ โดยนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความทุกข์ทรมานจากอาการของภาวะซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่า⁷ ผลการเรียนตก ไม่มีความสุขในการเรียน¹ และมีความคิดฆ่าตัวตาย^{8,9} จากการสำรวจพบว่า วัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 15 และร้อยละ 13 เคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย¹⁰ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 550 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยปีละ 252 คน¹¹ ครอบครัวที่มีบุตรซึมเศร้าที่ไม่เข้าใจอาการของภาวะซึมเศร้า จะเกิดความเครียด รู้สึกผิดหวังหรืออับอาย¹² เกิดความขัดแย้งในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง¹³ นอกจากนี้นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรงจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา¹⁴ ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรงจนฆ่าตัวตายทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรด้านบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ¹⁵

ปัจจุบันมีแนวคิดที่หลากหลายในการอธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่ประยุกต์มาจากทฤษฎีที่อธิบายภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยผู้ใหญ่ แต่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความซับซ้อนและประกอบด้วย ปัจจัยหลากหลายที่แปรเปลี่ยนตามระยะพัฒนาการและสภาพสังคม ซึ่งไม่อาจสามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุมด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง Rudolph จึงพัฒนารูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นขึ้น (Theoretical model of the interpersonal context of adolescent depression) โดยมีสมมุติฐานว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากการที่วัยรุ่นมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จึงรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพนั้นเกิดมาจากการปัจจัยหลักที่หลากหลาย ได้แก่ พัฒนาการตามวัยของวัยรุ่นเพศ การประเมินสัมพันธภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่อง¹⁶ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูหรือการหล่อหลอมจากครอบครัว ซึ่งความผูกพันในครอบครัวจะเป็นพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบความคิด ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลในทางบวกต่อ

ตนเอง ต่อครอบครัว ทำให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุผล ความผูกพันในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวดีหรือไม่ดีได้ หากสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความผูกพันต่อกัน มีสัมพันธภาพที่ดี จะไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า^{3,24} ซึ่งจากรูปแบบเชิงทฤษฎีฯ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในนักเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์

ความฉลาดทางสังคม เป็นความสามารถพื้นฐานในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล¹⁷ ผู้ที่มีความฉลาดทางสังคมสูงมักจะสามารถและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมที่ดี ทำให้ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า ความฉลาดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในตุรกี¹⁸ ส่วนความผูกพันในครอบครัวซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น ห่วงใย และใส่ใจซึ่งกันและกัน¹⁹ หากนักเรียนมีความผูกพันในครอบครัวสูงมักเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพและไม่มีภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = -.16, p < .05$)³ เช่นเดียวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนซึ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน โดยมีมิตรภาพที่ดี และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ²⁰ นักเรียนที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงมักมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน และไม่เกิดปัญหาสัมพันธภาพ จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($r = -.30, p < .01$)³

ส่วนพฤติกรรมติดเกมออนไลน์เป็นพฤติกรรมหมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกมออนไลน์มากเกินไป จนไม่สามารถควบคุมตนเองให้เล่นในเวลาที่กำหนดได้ หรือต้องใช้เวลาในการเล่นนานขึ้น²¹ ซึ่งในระยะยาวมักจะส่งผลให้เกิดอาการอยากอยู่คนเดียว ขาดทักษะทางสังคม พุดโกหก ขโมยเงินไปเล่นเกมออนไลน์ เล่นการพนัน นอกจากนี้การติดเกมยังส่ง

ผลกระทบต่อสุขภาพ และต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกทั้งยังส่งผลให้อารมณ์หงุดหงิดและก้าวร้าวมากขึ้นโดยเป็นผลมาจากการเล่นเกมที่มีความรุนแรง²² และส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า พฤติกรรมติดเกมออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ($\beta = .22, p < .05$)²³ เช่นเดียวกับพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์เป็นพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตโดยผ่านการแชท เฟสบุ๊กที่มากเกินไปโดยวัยรุ่นมักใช้ในการแลกเปลี่ยนความคิด ระบายความรู้สึก ความกลัว บางครั้งใช้เป็นพื้นที่ในการหลบหนีออกจากปัญหาในชีวิตจริง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเรียน สุขภาพ มีปัญหาทางด้านอารมณ์ มีความคิดลบต่อตนเอง มีปัญหาในครอบครัว และแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งปัญหาเหล่านี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพและเกิดภาวะซึมเศร้าได้²⁴ การศึกษาพบว่า พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($\beta = .16, p < .05$)²⁵

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพมีความสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แนวคิดนี้ถือเป็นแนวคิดสำคัญในการอธิบายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ค่อนข้างครอบคลุมเนื่องจากบูรณาการปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยด้านชีวเคมี พัฒนาการของวัยรุ่น ความคิด และสังคมเข้าไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตามปัจจุบัน การประยุกต์แนวคิดนี้มาศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาไทยยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความเข้าใจภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาไทยในบริบทของสภาพสังคมในปัจจุบันมากขึ้น อันเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา

สมมติฐานในการวิจัย

ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของ Rudolph ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีสมมติฐานว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดจากการที่วัยรุ่นมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จึงรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัญหาสัมพันธภาพนั้นเกิดมาจากปัจจัยหลักที่หลากหลาย ได้แก่ พัฒนาการตามวัยของวัยรุ่น เพศ การประเมินสัมพันธภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่อง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ได้แก่ ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ซึ่งความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพที่ 1

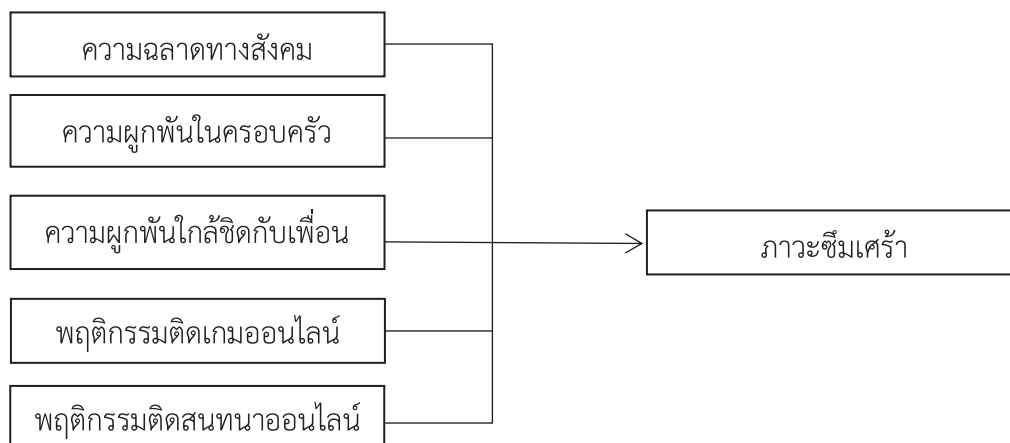
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประจำปีการศึกษา 2562 มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,087 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ไม่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการ/การเรียนรู้โรคทางกายและจิตจากการวินิจฉัยโดยแพทย์ และ 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 160 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .1026 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากโปรแกรมคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 134 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20²⁷ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ชนิดเลือกตอบด้วยตนเองจำนวน 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และประวัติภาวะซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory: CDI) พัฒนาโดย Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory แปลเป็นภาษาไทยโดย Trankasombat และ Likhanapichitkul²⁸ เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุระหว่าง 7-17 ปี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 27 ข้อ โดยคำตอบจะเป็นเลือกตอบแบบ 3 ตัวเลือกตามความรุนแรงของอาการดังต่อไปนี้ ไม่มีอาการซึมเศร้าเลยเท่ากับ 0 คะแนน มีอาการซึมเศร้าบ่อยเท่ากับ 1 คะแนน และมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลาเท่ากับ 2 คะแนน คะแนนทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าต่ำ โดยคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและนำไปใช้อย่างกว้างขวางในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 7-17 ปี และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเท่ากับ .90³ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .89

3. แบบประเมินความฉลาดทางสังคม (Social Intelligence Scale) ของ Padasri²⁹ พัฒนาจากแนวคิดความฉลาดทางสังคมของ Goleman มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การให้ความสนใจผู้อื่น การเข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้อง การรับรู้ทางสังคม ความสามารถในการเข้าร่วมกับบุคคล ความสามารถในการแสดงตนเอง ความสามารถในการชี้นำพฤติกรรมของบุคคล และความสามารถในการเข้าถึงผู้อื่น ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยค่อนข้างมากเท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยเล็กน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความฉลาดทางสังคมสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนอาชีวศึกษาเท่ากับ .83 การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .90

4. แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว (Family Connectedness Scale) ของ Resenicket และคณะ¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย โดย Nopparat³⁰ ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันในครอบครัวถามเกี่ยวกับ ความใกล้ชิดในครอบครัว การรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความพอใจในสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การรู้สึกถึงความรัก และความรู้สึกเป็นที่ยึดเหนี่ยวของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยค่อนข้างมากเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยเล็กน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความผูกพันในครอบครัวมาก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเท่ากับ .85²⁵ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .83

5. แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friend Intimacy Scale) ของ Buhrmester แปลเป็นภาษาไทยโดย Nateethan³¹ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ที่เกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในลักษณะการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธ์ภาพ แบบประเมินเป็นลักษณะมาตราส่วน 5 ระดับ คือ ความรู้สึกเกิดขึ้นเกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน ความรู้สึกเกิดขึ้นบ่อยเท่ากับ 4 คะแนน ความรู้สึกเกิดขึ้นบางครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ความรู้สึกเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยเกิดความรู้สึกเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความผูกพัน

ใกล้เคียงกับเพื่อนดี แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากับ .89³² การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .80

6. แบบประเมินพฤติกรรมกาติตเกม (Game Addiction Screening Test: GAST) ฉบับของเด็ก ของ Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute³³ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาติตเกมออนไลน์ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ คิดว่าใช่เลยเท่ากับ 3 คะแนน น่าจะใช่เท่ากับ 2 คะแนน ไม่น่าใช่เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ใช่เลยเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมกาติตเกมสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-15 ปี เท่ากับ .92³³ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .80

7. แบบประเมินพฤติกรรมกาติตสนทนาออนไลน์ (Chat Addiction Scale) ของ Thongkambunjong³⁴ ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมกาติตอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Test-IAT) ของ Young²⁴ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาติตอินเทอร์เน็ตผ่านการสื่อสาร เช่น แชท หรือ เฟซบุ๊ก มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คือ จริงที่สุดเท่ากับ 6 คะแนน จริงเท่ากับ 5 คะแนน ค่อนข้างจริงเท่ากับ 4 คะแนน ค่อนข้างไม่จริงเท่ากับ 3 คะแนน ไม่จริงเท่ากับ 2 คะแนน และไม่จริงเลยเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมกาติตสนทนาออนไลน์สูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับ .93³⁴ การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(รหัสจริยธรรม 03-11-2562) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ในวันเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย ซึ่งการยกเลิกหรือถอนตัวครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินนี้จะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ในงานวิจัยถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ที่มีการป้องกันด้วยการเข้ารหัสไว้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณะ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมลงนามเข้าร่วมการวิจัยและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในเอกสารแสดงความยินยอม ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปห้องประชุมของโรงเรียนตามวัน เวลาที่ครูประจำชั้นนัดหมาย ที่ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตผู้อำนวยการของแต่ละโรงเรียนไว้แล้ว โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบแบบประเมินอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากนั้นเก็บข้อมูลใส่ซองปิดผนึกและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน แสดงสีหน้าหงุดหงิด ไม่สบายใจเนื่องจากเป็นประจำเดือน ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นการส่วนตัว เพื่อให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนฮอร์โมนที่มีผลต่อร่างกาย และอารมณ์ และดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้กับครูผู้รับผิดชอบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไปโดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาด้วย

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับความนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติก่อนการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาจำนวน 160 คน เป็นเพศชายร้อยละ 50.60 เพศหญิงร้อยละ 49.40 มีอายุเฉลี่ย 13.94 ปี (SD. = .79) กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 35.60 มีผลการเรียนเฉลี่ยในปีการศึกษาล่าสุดเท่ากับ 2.57 (SD. = .55) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.50 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา และบิดา มารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 บิดาและมารดาประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/เอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 10,446.12 บาทต่อเดือน และไม่มีประวัติว่ามีบุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 96.90

2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ถึงปานกลางจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 28.70 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 36.90 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรพบว่า ความฉลาดทางสังคม ($r = -.20, p < .05$) ความผูกพันในครอบครัว ($r = -.63, p < .01$) และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($r = -.28, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ส่วนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ ($r = .36, p < .01$) และพฤติกรรมการติดสนทนาออนไลน์ ($r = .33, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.53, p < .001$) พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ($\beta = .18, p < .01$) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($\beta = -.23, p < .001$) และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ($\beta = .18, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาได้ร้อยละ 52.30 ($R^2 = .523, p < .05$) ซึ่งขนาดของอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับการเข้าสมการดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนนักเรียนแยกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 160)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	55	34.40
มีภาวะซึมเศร้า	105	65.60
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	46	28.70
ซึมเศร้ารุนแรง	59	36.90

(Mean = 17.38, SD. = 8.31, Range = 1-40)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร (n = 160)

ตัวแปร	Mean (SD.)	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะซึมเศร้า	17.38 (8.31)	1					
2. ความฉลาดทางสังคม	132.25 (22.29)	-.20*	1				
3. ความผูกพันในครอบครัว	37.63 (7.56)	-.63**	.03	1			
4. ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	42.96 (8.52)	-.28**	.54**	.08	1		
5. พฤติกรรมติดเกมออนไลน์	17.93 (10.57)	.36**	-.19*	-.21**	-.14	1	
6. พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์	38.67 (13.68)	.33**	.02	-.28**	.16*	.23**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา (n = 160)

ตัวแปร	B	SE	β	t	P-value
constant	42.41	3.78	-	11.21	< .001
ความผูกพันในครอบครัว	-.58	.07	.53	-8.99	< .001
พฤติกรรมติดเกมออนไลน์	.14	.05	.18	3.05	.003
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	-.23	.06	-.23	-4.07	< .001
พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์	.11	.04	.18	2.93	.004

$R^2 = .523$; Adjust $R^2 = .51$; $R = .72$; $F_{4,155} = 42.46$; $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 65.60 ซึ่งค่อนข้างสูงกว่าการศึกษาของ Suntornvijitr และคณะ³ ที่พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.27 และการศึกษาของ Boonprathum และคณะ² ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตจังหวัดสมุทรปราการมีภาวะซึมเศร้า

ร้อยละ 28.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันส่งผลให้อัตราของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันสูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.70 อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงลำพัง บางรายต้องอาศัยกับญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด รวมถึงสถานภาพของบิดา มารดาของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะแยกกันอยู่หรือหย่าร้างร้อยละ 48.20 ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการได้รับความรักและเอาใจใส่จากครอบครัว และเริ่มเรียนรู้การมีสังคมกับบุคคลอื่นมากขึ้น เมื่อต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาสัมพันธ์อาจทำให้รู้สึกว่าการตนเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีใครรักหรือสนใจ ส่งผลให้การประเมินสัมพันธภาพไม่มีประสิทธิภาพ รู้สึกไม่ปลอดภัยในการสร้างสัมพันธภาพกับ

บุคคลอื่นหรือมีความกังวลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพมากเกินไปและยังส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่อง ทำให้เกิดความเครียด เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและเกิดภาวะซึมเศร้า³

ข้อสังเกตประการหนึ่งคือช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้อยู่ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ซึ่งเป็นช่วงเวลาใกล้กับการทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (O-net) และสอบปลายภาคของนักเรียน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60.60 มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01-4.00 ที่มีการแข่งขันด้านการเรียนสูง เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจในปัจจุบันรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งเป็นสถานการณ์ที่อาจทำให้นักเรียนรู้สึกเครียด กดดันจึงอาจทำให้นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงได้

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สามารถอธิบายตามขนาดของอิทธิพลของตัวแปรได้ดังนี้

2.1 ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = -.53, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suntornvijit และคณะ³ ที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ($\beta = -.16, p < .05$) และการศึกษาของ Seangsanaoh และคณะ²⁵ ที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = -.19, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁶ ได้ว่า ความผูกพันในครอบครัวนั้นถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น นักเรียนที่มีความผูกพันในครอบครัวสูงมักรับรู้ว่าตนเองมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น ห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและกัน ได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดา มีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม²⁵ จึงไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะ

ซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = -.23, p < .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของการศึกษาของ Seangsanaoh และคณะ²⁵ ที่พบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = -.21, p < .001$) และการศึกษาของ Chanralaksana และคณะ³⁶ ที่พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ($\beta = -.15, p < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายตามรูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁶ ได้ว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนตามรูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เปรียบเสมือนการปรับตัวตามระยะพัฒนาการตามวัยของวัยรุ่นในส่วนของปรับตัวเข้ากับสังคม ช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนค่อนข้างมาก ต้องการการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจึงมีพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่ให้เพื่อนยอมรับ³⁷ นักเรียนที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงก็มักจะแสดงออกถึงการมีมิตรภาพที่ดี มีการเปิดเผยตนเองอย่างเหมาะสม พึงพอใจในสัมพันธภาพดังกล่าว จึงไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.3 พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ผลการศึกษพบว่า พฤติกรรมติดเกมออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = .18, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Intasuwan และคณะ²³ ที่พบว่า พฤติกรรมติดเกมออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตราด ($\beta = .22, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Varma และ Cheasakul³⁶ ที่พบว่า พฤติกรรมติดเกมออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ($\beta = .28, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายตามรูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁶ ได้ว่า พฤติกรรมติดเกมออนไลน์อาจเปรียบเสมือนเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่องของวัยรุ่นวัยรุ่นนั้นมีพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่องโดยหมกมุ่นหรือใช้เวลาเกือบทั้งหมดเกี่ยวกับตัวอยู่กับเกมออนไลน์³⁸ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ขาดทักษะทางสังคม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ³⁹ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพ และมีภาวะซึมเศร้า

2.4 พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = .18, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Seangsanaoh และคณะ²⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($r = .16, p < .05$) และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดระยอง ($\beta = .16, p < .05$) และ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Varma และ Cheasakul³⁷ ที่พบว่า พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ($\beta = .21, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁶ ว่าพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์เปรียบเสมือนความบกพร่องทางสังคมในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นส่วนหนึ่งที่ปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนในสังคมได้ยาก จึงมักหันมาสนใจการสื่อสารกับบุคคลอื่นบนอินเทอร์เน็ต โดยบางครั้งอาจรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนในอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้การสนทนาออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเป็นสิ่งที่ไม่ต้องเผชิญหน้า วัยรุ่นสามารถสร้างตัวตนขึ้นมาตามความคิดของตนเองได้ เมื่อตนเองได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอในการสนทนาผ่านการสนทนาออนไลน์กับบุคคลอื่นที่ตนเองไม่รู้จักรู้สึกดี และหมกมุ่นกับการสื่อสารด้วยวิธีดังกล่าวมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม³³ เกิดปัญหาสัมพันธภาพ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

2.5 ความฉลาดทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sachin และคณะ⁴⁰ ที่พบว่า ความฉลาดทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้สามารถอธิบายภายใต้รูปแบบเชิงทฤษฎีในบริบทของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁶ ได้ว่า ความฉลาดทางสังคมซึ่งเปรียบเสมือนพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นมีความฉลาดทางสังคมสูงจะมีการประเมินสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ

และไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ²⁹ ส่งผลให้ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากรูปแบบความสัมพันธ์ฯ ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความฉลาดทางสังคมไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นแต่จำเป็นต้องส่งผ่านอิทธิพลไปยังตัวแปรคั่นกลางอื่น ได้แก่ การประเมินสัมพันธภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ และปัญหาด้านสัมพันธภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ที่พบว่า ความฉลาดทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.20, p < .05$) แต่ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความฉลาดทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าจึงทำให้ความฉลาดทางสังคมไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเสนอแนะครูอาจารย์ประจำชั้นเกี่ยวกับการตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างง่าย (screenings test) มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นระยะทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยมีครูอาจารย์ประจำชั้นช่วยสอดส่องดูแลนักเรียนทุกคนอย่างใกล้ชิดและเท่าเทียม หากพบนักเรียนที่สงสัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต ให้ประสานความร่วมมือกับบิดามารดาหรือญาติผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือนักเรียนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และมีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทางโรงเรียนในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เช่น ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับทางโรงเรียนในวันสำคัญต่างๆ จัดรูปแบบการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเพื่อให้ นักเรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกมการติดเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ เช่น ส่งเสริมการเล่นกีฬา เล่นดนตรีเพื่อให้นักเรียนได้รู้สึกผ่อนคลาย เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา

3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลชุมชน รวมถึงโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ในการจัดทำข้อมูลพื้นฐานของนักเรียน โดยเน้นเรื่องการสำรวจโรคประจำตัว และปัญหาทางสุขภาพ

จิต และพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือ
ลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลาง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยกึ่งทดลอง
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน หรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเกมออนไลน์ และพฤติกรรมติดสนทนา
ออนไลน์ เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา
ต่อไป

References

1. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, Phattharayuttawat S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samut sakhon province. Journal of Psychiatric Association Thailand 2012;57(3):283-94. (in Thai).
2. Boonprathum P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing depression among adolescents in extended opportunity schools. Journal of Public Health Nursing 2017; 31(2):43-58. (in Thai).
3. Suntornvijitr S, Hengudomsub P, Vatanasin D, Dethchaiyot P. Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. Nursing Journal of the Ministry of Public 2018;53-66. (in Thai).
4. Kaewkungwan S. Developmental psychology. Bangkok: Thammasat University;2010. (in Thai).
5. Kaewchimplee J. The state of the problems, causes, problem solving processes and prevention approaches of student dropoust in lower secondary educational level 3 of the educational oppertunity expansion schools in Waeng district, Narathiwat province. [Master's Thesis]. Thaksin University. 2011. (in Thai).
6. Sutheprasert T, Saksrisanong T, Tedoleh S, Komolmalai W, Kerdmuang S, Chansaeng S. Game behavior and addiction among junior secondary students of a school in Bangbuathong district Nonthaburi. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2018;6(1). (in Thai).
7. Beck, AT, Alford, BA. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. 2nd ed. Pennsylvania: University of Pennsylvania; 2009.
8. Vatanasin D. Prevention of adolescent depression: from evidence to practice. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016;24(1). (in Thai).
9. Arunakul J. History taking and teen interview in clinic in A-reemit R, Ineu S, Hongsangunsri S, Jarurattanasirikul S, editors. Textbook for adolescent medicine. Bangkok: Pabpim; 2018. (in Thai).
10. World Health Organization. Mental health status of adolescents in South-east Asia: evidence for action. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for south- East Asia; 2017.
11. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Definitions: self-directed violence [Internet] 2016. [cited 2020 May 1]. Availabe from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>.

12. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. 3rded. Bangkok. Department of psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. (in Thai).
13. Kaewpornasawan T, Tuntasood B. The prevalence of depression in 2nd Year high school students in Bangkok. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(4):395-402. (in Thai)
14. Boonrattanaprapa K, Buathong R. The relationship between depression and coping behavior of undergraduate students in the regular program, Nakhon Pathom Rajabhat University [Master thesis]. Nakhon Pathom Rajabhat University; 2007. (in Thai).
15. Robkob W, Skulphan S, Sethabouppha H. Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. *Nursing Journal* 2018;45(4). (in Thai).
16. Rudolph KD. The interpersonal context of adolescent depression. In NolenHoek- sema S., Hilt LM, editors. *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge; 2012. p. 376-418.
17. Goleman, D. *Social intelligence: the new science of human relationships*. New York: Bantam Books; 2006.
18. Dogan T, Cetin B. The investigation of relationship between social intelligence, depression and some variables at university students. *Journal of Human Sciences*; 2008;5(2).
19. Resenick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the national longitudinal study on adolescent health. *The Journal of the American Medication Association* 1997;278(10):823-32.
20. Buhrmester, D. Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development* 1990;61(4):1101-11.
21. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. Research report: surveying situation, problem, risk behavior and game addiction in the pilot school students, student care system. Department of Mental Health; 2013.
22. Anderson CA. An update on the effects of playing violent video games. *Journal Adolescents* 2004; 27:113-22.
23. Intasuwan U, Dallas CJ, Nabkasorn C. Predictive factors of depression among students in junior high school. *Journal of the Department of Medical Services* 2019;44(4):125-31. (in Thai).
24. Young KS. Internet addiction : the emergence of a new clinical disorder. *Cyber psychology & Behavior* 1998;1(3):237-44.
25. Seangsanaoh S, Vatanasin D, Hengudomsub P, Pratoomsr W. The influence of interpersonal factors on depression among late adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3). (in Thai).
26. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
27. Little, RJ. A, Rubin, DB. *Statistical analysis with missing data*. 5th ed. New York: Wiley; 2002.

28. Trankasombat O, Likhanapichitkul D. Depression among high school students in Bangkok Journal of Psychiatric Association of Thailand 2539;41(3):174-82. (in Thai).
29. Padasri W. The development of emotional and social intelligence among vocational students using a life skills training program [Master thesis]. Chonburi: Burapa University; 2017. (in Thai).
30. Nopparat P. Factors related to sexual risk behaviors among high school and vocational students [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2000. (in Thai).
31. Nateethan M, Tungpunkom P, Wiwatkunupakan S. Factors influencing depression of adolescents in Muang district Chiang Mai province. Journal of Nursing 2004;31(2):74-86. (in Thai).
32. Pongpetra S. Factors affecting on interpersonal relationship with friends of the fourth level, secondary grades 4-6 students at Sarasas ekstra school in Yannawa district, Bangkok [Master's Thesis]. Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
33. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. Manual of Game Addiction Screening Test (GAST) child and adolescent version. Department of Mental Health; 2014.
34. Thongkambunjong W. Causal factors of internet dependency behavior of high school students in Bangkok metropolis [Philosophy's Thesis]. Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
35. Rujiradarporn N, Trangkasombat U. Depression in senior high school students in Bangkok metropolis. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54(4):337-46. (in Thai).
36. Chanralaksana N, Thaweekoon T, Sangon S. Factors predicting depression in secondary school students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015;29(2): 128-43. (in Thai).
37. Varma P, Cheasakul U. The influence of game addiction and internet addiction among university students on depression stress and anxiety mediated by self-regulation and social support. Journal of Business Administration The Association of Private Higher Education Institutions of Thailand 2016;5(2):45-57. (in Thai).
38. Wiwattanawongsa W, Hongsanguansri S, Suthutvoravut U. A pattern of computer game playing and addiction among children and adolescents with obesity and attention deficit hyperactivity disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2008;53(2):187-96. (in Thai).
39. Witsanuyotin T, Wanpen W. Guidelines for taking care of helping parents and teenagers with game addiction problems for public health personnel. Bangkok: Deenadoo media; 2013. (in Thai).
40. Sachin K, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing mental health status of professional nurses in a private hospital. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):98-11. (in Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

The Development of Discharge Planning Model for End-Stage Cancer Patient

Received: Mar 14, 2021

Revised: Mar 26, 2021

Accepted: Mar 30, 2021

เพ็ญศรี รัชวงศ์ ปร.ด. (Pensri Rukwong, Ph.D.)¹มุกจรินทร์ อัสวพัฒน์ ศศ.ม. (Mujjarin Utsawapat, M.Ed.)²สุนัตตา คเชนทร์ชัย ศศ.ม. (Sunutda Kachainchai, M.Ed.)³พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร ปร.ด. (Panarut Wisawatapnimit, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 9 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน และผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เก็บข้อมูลโดย แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ การทดสอบของฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทาง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการพยาบาล ผลการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่า

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและพัฒนาบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

E-mail: pensri33@yahoo.com

^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์วางแผนจำหน่ายและดูแลแบบประคับประคอง งานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²E-mail: amujja@yahoo.com, ³E-mail: ksunatda@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการสอน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: panarut.w@bcn.ac.th

^{1,2,3}Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

⁴Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000, .002, .011 และ .000 ตามลำดับ แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการอาการบวม คุณภาพชีวิต รวมทั้งความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

Abstract

Introduction: End-stage cancer patients require complex care. Based on the literature review, no studies related to a discharge planning model for end-stage cancer patients focusing on capacity development in patients and caregivers' self-care were found. It is important to promote quality of life in the end-stage of patients.

Research Objectives: To develop and examine the effects of using the discharge planning model for end-stage cancer patients on nursing outcomes.

Research Methodology: This study was a research and development conducted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during August 2019 and February 2021. It comprised three phases: 1) studying the situation, 2) developing the discharge planning model for end-stage cancer patients with a multidisciplinary team applying Orem's self-care theory, and 3) examining the effects of using the developed model on nursing outcomes. The samples were a nine-health care provider multidisciplinary team that developed this model, 25 end-stage cancer patients each for intervention and control groups, and 25 caregivers each for intervention and control groups. Data were collected using the nursing outcomes evaluation form, and observational form. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, fisher's exact test, and content analysis.

Results: The discharge planning model comprises specialized nursing competencies, discharge planning guidelines, and nursing supervision. The results of using this model found that the patient's self-care agency, quality of life, and success in managing symptom disturbances, as well as caregiver's dependent care agency of intervention groups were statistically significantly higher than control groups at .000, .002, .011, and .000, respectively. However, complication and re-admission occurrences between intervention and control groups were not different.

Conclusion: This discharge planning model can promote the patient's self-care agency, symptom disturbance management, and quality of life, as well as the caregiver's dependent care agency.

Implications: Nurses should apply this developed discharge planning model for end-stage cancer patients to promote their continuing care and good nursing outcomes.

Keywords: discharge planning, Orem's self-care theory, palliative care, end-stage cancer patient

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลกระบุว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน¹ โดยคาดการณ์ว่าในช่วง 2 ทศวรรษข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 70² สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบว่ามีจำนวน 190,636 คน³ และจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2558 ถึง 2562 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งและมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 73,938 คน หรืออัตราตายเท่ากับ 113.7 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็นการเสียชีวิตจากโรคนี้นับจำนวน 84,073 คน หรืออัตราตายเท่ากับ 128.2 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2562 โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งหลอดลมคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเต้านม⁴ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการรักษาโรคมะเร็งที่ก้าวหน้ามากขึ้น แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักไม่ทราบอาการของตนตั้งแต่ระยะแรกจึงทำให้มาได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว⁵ ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจึงมีความสำคัญมาก

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและมีคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) น้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง ได้แก่ การทำงานบ้าน⁶ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 มากถึง 1,265 คน 1,406 คน และ 1,464 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 58.92 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเหล่านี้มีความต้องการที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปเสียชีวิต

ที่บ้าน และสามารถจัดการอาการรบกวนที่พบมากที่สุด คือ ปวด และหอบเหนื่อย ได้เพียงร้อยละ 83.60⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนหลายด้าน ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด⁸ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า⁹ รวมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ^{10,11} นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ความตาย การจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน และการคงความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹² เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระยะท้ายจะมีความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของโรคมะเร็งมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลความรู้สึกของตนเองอีกด้วย จากการศึกษาของ Jullapan และคณะ¹³ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุดทำรู้สึกวุ่นวายตนเองขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในระยะท้ายที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับความหวาดกลัว ความกังวลและความเครียดในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ในการดูแลผู้ป่วย การเผชิญกับความรู้สึกผิดถ้าดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี และความรู้สึกอยากตอบแทนผู้ป่วยและการสูญเสีย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลและที่บ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเสียชีวิตของผู้ป่วย และการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁴

การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในนโยบายขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่วาระเริ่มต้นที่เข้ารับการรักษาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของทีมนุภาพร่วมกับ

ครอบครัว¹⁵ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองบรรลุเป้าหมายโดยแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง¹⁶ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินการของศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายยังคงใช้รูปแบบเดิม คือ D-METHOD¹⁷ ซึ่งมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การจัดการกับสิ่งแฉะฉ่ำและภาวะทางเศรษฐกิจ การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการรับประทานอาหาร ซึ่งแนวคิดนี้ไม่ครอบคลุมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นเฉพาะการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษารักษา จึงยังไม่สะท้อนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวนน้อย โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อาหาร การใช้ยา จิตใจ การส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล¹¹ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ¹⁸ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁹ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁰ และศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อผลลัพธ์ทางการ

พยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁰ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อในศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง แต่ถ้าได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ 2) ด้านผู้ดูแล คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ทำการศึกษาในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยคณะผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คน โดยการประชุมเพื่อวิเคราะห์การดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 ครั้ง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย คณะผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คนและทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 2 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน ซึ่งทุกคนผ่านหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁰ และพัฒนารูปแบบเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart²¹ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (planning) การลงมือปฏิบัติงาน (action) การสังเกตผล (observation) ก่อนและหลังการปฏิบัติการ และการสะท้อนผล (reflection) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 ครั้ง หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 5 คน และปรับรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะมาใช้ในระยะต่อไป ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ส่วนประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการพยาบาล ระยะนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563-ตุลาคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 กลุ่ม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. บุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ

ในศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 คน

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการส่งปรึกษากับศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 10 คน รวมจำนวน 20 คนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 98.70 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 87.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.79 จึงคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน²² โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้ค่าเท่ากับ 24.64 คน ดังนั้น การวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หรือชะลอการเสียชีวิตตามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตามความต้องการของผู้ป่วยและหรือญาติ มีคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ซึ่งผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเป็นบางครั้งจนถึงทั้งหมด⁶ 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ 4) เคยเข้าร่วมการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) 5) มีผู้ดูแลหลัก และ 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลไม่

สามารถเข้าร่วมการวางแผนจำหน่ายได้ครบ 3 ครั้ง และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มี PPS ลดต่ำกว่าร้อยละ 30 และหรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดกระบวนการวางแผนจำหน่าย

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยการคัดเลือกเข้ากลุ่มจะสอดคล้องกับการสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ระบุผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ดูแลหลัก 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา โดยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ดูแลที่เคยผ่านการอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากแพทย์อาจารย์พยาบาล และพยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง คณะแผนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)⁶ ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นแบบประเมินตนเองที่คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแล

ตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scales : Form A) ของ Evers และคณะ²³ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่ตรงกับการปฏิบัติ ถึงระดับ 5 ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .91

4) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแนวคิดของ Denyes และ Fildey²⁴ เพื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่ตรงกับการปฏิบัติ ถึงระดับ 5 ตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่ามีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูง การวิจัยครั้งนี้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .80

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (FACT-G) ที่สร้างโดย Cella และแปลเป็นภาษาไทย²⁵ เพื่อวัดความผาสุกทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ จิตใจ และการปฏิบัติกิจกรรม มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เลย ถึงระดับ 5 มากที่สุด โดยคะแนนที่มีค่าสูงหมายความว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูง ค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เท่ากับ .90²⁶ การวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา ได้เท่ากับ .79

6) แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁶ การวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อใช้

ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การประเมินการวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตจำนวน 2 คน โดยพบว่า มีร้อยละของการประเมินที่เหมือนกัน (percent agreement) เท่ากับ ร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ก่อนการดำเนินการวิจัย ใบรับรองเลขที่ 0602019 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัยทุกขั้นตอน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การพัฒนารูปแบบตามแผนที่วางไว้ การนำรูปแบบไปใช้ และการติดตามผล โดยในขั้นประเมินผลเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งข้อมูลผู้ป่วยปรึกษาศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และดำเนินการต่อเนื่องตามขั้นตอนจนครบการติดตามผลลัพธ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้ระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความ

สามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Fisher's exact test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

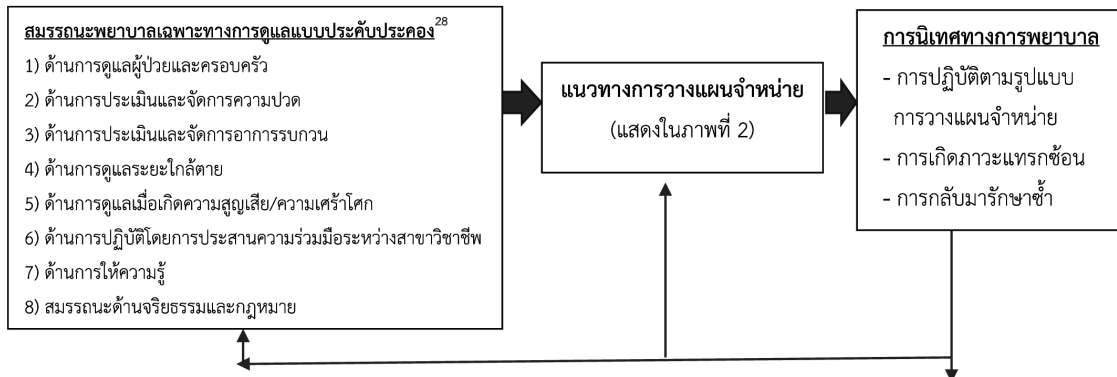
ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์

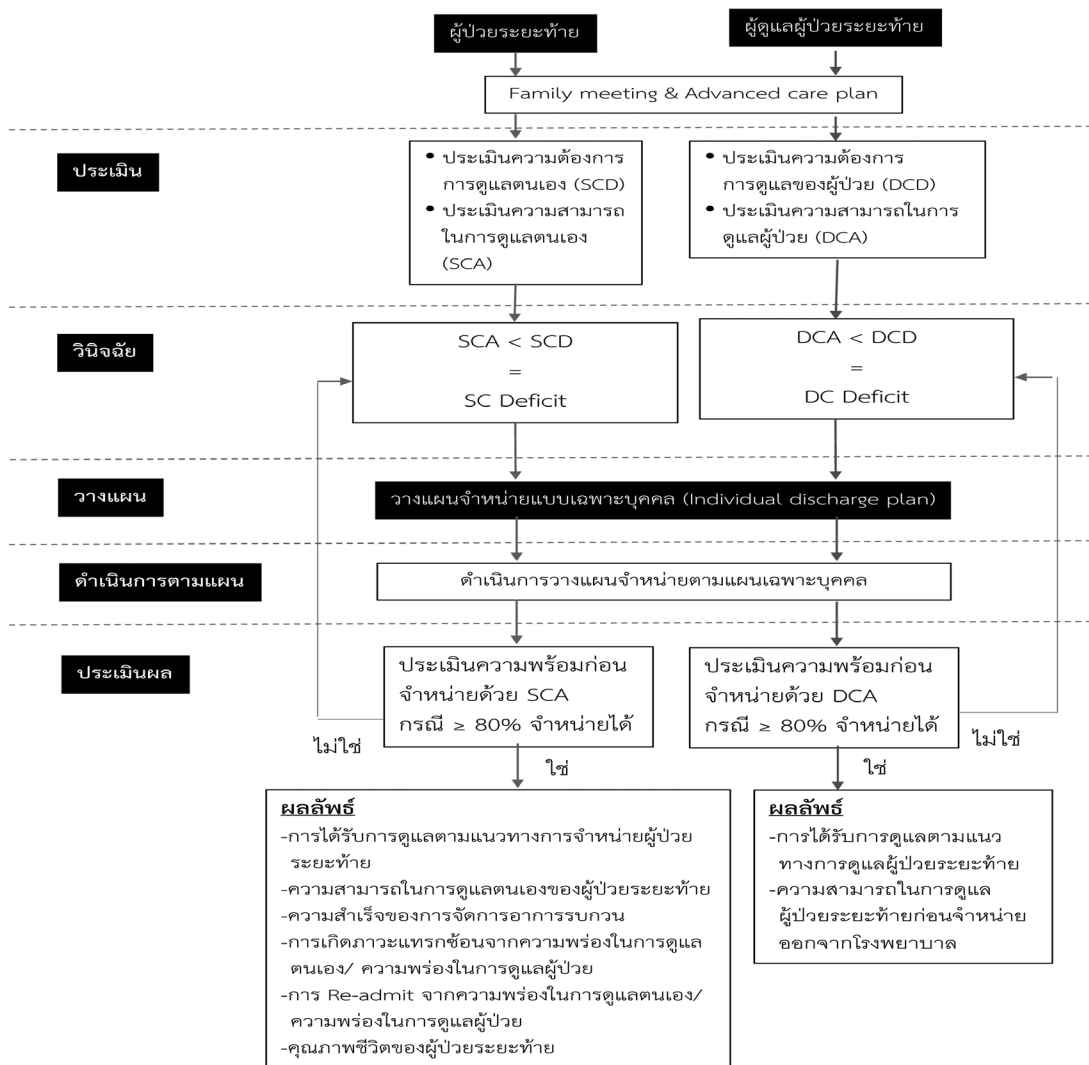
จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินการของศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปีพ.ศ. 2560-2562 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สมรรถนะของบุคลากรมีความหลากหลาย 2) แนวทางที่ใช้ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเพียงกรอบที่กว้าง และขาดความตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 3) กระบวนการพยาบาลไม่ชัดเจน 4) ผลลัพธ์การดูแลจำกัดอยู่ที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซึ่งยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างแท้จริง และ 5) การกำกับติดตามตัวชี้วัดที่เป็นเชิงรับ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจากการนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁶ และ METHOD-P²⁷ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการแพทย์ ดังภาพที่ 1 ส่วนรายละเอียดของแนวทางการวางแผนจำหน่ายแสดงไว้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย



หมายเหตุ

SCA (Self care agency) = ความสามารถในการดูแลตนเอง

SCD (Self care demand) = ความต้องการการดูแลตนเอง

SC Deficit (Self care deficit) = ความพร้อมในการดูแลตนเอง

DCA (Dependent care agency) = ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

DCD (Dependent care demand) = ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

DC Deficit (Dependent care deficit) = ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

ภาพที่ 2 แนวทางการวางแผนจำหน่าย

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
มะเร็งระยะท้ายแบบเดิมกับรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ
ดูแลตนเองของ Orem²⁰ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	
	แบบเดิม	พัฒนาขึ้น
แนวคิด	D-METHOD ¹⁷ D = ความรู้เกี่ยวกับโรค (Disease) M = การรับประทานยา (Medication) E = การจัดการกับสิ่งแวดล้อมและภาวะทางเศรษฐกิจ (Environment/ Economic) T = การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Treatment) H = การดูแลสุขภาพ (Health) O = การมาตรวจตามแพทย์นัด (Outpatient referral) D = การรับประทานอาหาร (Diet)	-กระบวนการพยาบาล -ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ²⁰ -METHOD-P ²⁷ M = ความรู้เรื่องยา (Medication) E = สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ (Environment/ Economic) T = แนวทางการรักษาพยาบาล (Treatment) H = ภาวะสุขภาพโรคที่เจ็บป่วยสาเหตุการ (Health) O = ระบบการส่งต่อ ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล (Outpatient referral system) D = โภชนาการที่เหมาะสม (Diet) P = การดูแลด้านจิตใจ (Psychological support) ภายใต้ทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของ Orem พยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากศูนย์ วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง
ผู้รับผิดชอบหลัก	พยาบาลวิชาชีพศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง	พยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากศูนย์วางแผนจำหน่ายและการดูแลแบบประคับประคอง
ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) ทุกรายจะได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมตามหลักการ D-METHOD 2. วันจำหน่ายผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD	1. ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านการประชุมครอบครัว (Family meeting) และ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan) ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกรายจะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลตนเอง/ความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเอง/ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง/ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 2. ออกแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติแต่ละรายให้สอดคล้องกับความพร้อมในการดูแลตนเอง/ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย 3. วางแผนจำหน่ายตามความพร้อมในการดูแลตนเอง/ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย
การประเมินผล	- อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย - ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - ความสำเร็จของการจัดการอาการรบกวน - การเกิดภาวะแทรกซ้อน - การกลับมารักษาซ้ำ (ภายใน 28 วัน)

3. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มะเร็งระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เป็นกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.40 ปี (SD = 11.24) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือประถมศึกษา (ร้อยละ 76) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 72) อาชีพงานบ้าน ค้าขาย หรือ เกษตรกร (ร้อยละ 60) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 84) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มงานทางการแพทย์ที่ส่งปรึกษามากที่สุด คือ กลุ่มงานทางอายุรกรรม (ร้อยละ 56) ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 54.80 (SD = 5.86) สำหรับกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 65.16 ปี (SD = 12.98) ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 55.60 (SD = 7.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือประถมศึกษา (ร้อยละ 68) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 64) อาชีพงานบ้าน ค้าขาย หรือ เกษตรกร (ร้อยละ 56) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 72) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มงานทางการแพทย์ที่ส่งปรึกษามากที่สุด คือ กลุ่มงานทางอายุรกรรม (ร้อยละ 76) ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (p value > 0.05 ทุกตัวแปร) โดยมะเร็งที่พบมากที่สุด 2 กลุ่ม ใน 3 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.88 ปี (SD=12.91) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจหรือรับจ้าง (ร้อยละ 60) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 44) สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 41.08 ปี (SD=14.34) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) ไม่ได้เข้าโรงเรียนหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84) อาชีพค้าขายหรือเกษตรกร (ร้อยละ 52) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 76) ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน (p > .05 ทุกตัวแปร)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีความ

สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยทางสถิติที่ .000, .002 และ .011 ตามลำดับ ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p = .500 และ .245 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2 และ 3 สำหรับผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ <.001 ดังตารางที่ 2

ความร่วมมือของบุคลากรในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบในระดับดีมาก (ร้อยละ 100) ในทุกด้าน ทั้งด้านการประเมิน การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทั้งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า องค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการนิเทศทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยองค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ดี²⁸ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hökkä และคณะ²⁹ ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สำหรับองค์ประกอบที่ 2 แนวทางการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีการประเมินความต้องการในการดูแลตนเองและ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				ระหว่างกลุ่ม	
	Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value	t	p-value
ความสามารถใน การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย										
ก่อนทดลอง	90.68	12.37	6.743	.000	87.84	11.35	0.729	.35	0.846	.400
หลังทดลอง	108.96	11.66			88.16	11.57			6.333	.000
คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย	63.48	12.73			53.16	9.96				.002
ความสามารถของ ผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วย										
ก่อนทดลอง	90.68	12.37	7.023	.000	87.84	11.35	3.525	<.001	0.755	.402
หลังทดลอง	110.88	9.59			94.88	12.83			4.994	.000

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษากลับซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน					
สำเร็จ	25	100	19	76	.011
ไม่สำเร็จ	0	0	6	24	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน					
เกิด	25	100	24	96	.500
ไม่เกิด	0	0	1	4	
การกลับมารักษากลับซ้ำ					
เกิด	25	100	23	92	.245
ไม่เกิด	0	0	2	8	

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำผลการประเมินมาวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการนำองค์ความรู้ทางด้านการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ โดยเน้นการดูแลตามแนวคิด METHOD-P²⁷ ซึ่งครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem²⁰ จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีแรงจูงใจ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการกับอาการรบกวนและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phadungsri และ Ladla¹¹ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัว สามารถจัดการอาการรบกวนได้ดีขึ้นได้แก่ มีอาการปวดลดลง เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น และมีกำลังใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การนิเทศทางการพยาบาล ก็เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้เป็นอย่างดี จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างดี (ร้อยละ 100) ดังนั้นองค์ประกอบเหล่านี้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่พัฒนาขึ้น จึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีทั้งทางด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fabie และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาพบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วันของผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลในระยะจำหน่ายและให้คำปรึกษาโดยเร็วโดยศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ และการศึกษาของ Bond และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การวางแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการให้อาหารทาง

หลอดเลือดดำที่บ้าน ทำให้อัตราการเกิดการติดเชื้อของสายสวนหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดยประเมินจาก PPS ไม่แตกต่างกัน (Mean = 54.80 และ 55.60 ตามลำดับ) และผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายจะมีการลุกลามของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น¹⁵ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DiMartino และคณะ³⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่จำหน่ายออกจากสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยได้รับการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 5.80 และ 5.10 ตามลำดับ) ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) = 54.80 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ในบางส่วน อาจทำให้ข้อจำกัดในการอ้างอิงกับผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยหรือรักษาในสถานบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายแบบประคับประคอง โดยเริ่มตั้งแต่วางแผนจำหน่ายการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และสถานบริการสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาในอนาคต

ควรทำการติดตามผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาว และพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมีแรงจูงใจหายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายจากโรคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งช่วยจัดการ

อาการรบกวน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิต และนำไปสู่การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

References

1. WHO. Cancer [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb10]. Available from: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
2. Stewart B, Chistopher PW. Rising burden of cancer: World cancer report [Internet]. 2014 [cited 2019 December 15]. Available from: <http://www.ias.org.uk/>
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2020 [cited 2021 April 4]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. [Internet]. 2019 [cited 2021 April 4]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (in Thai)
5. Pasri P, Isaramalai S, Hattakit U. Family caregivers' support needs in caring for end-stage cancer patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(2):79-92.
6. Cheewasakulyong B, Sapinun L. Palliative Performance Scale for adult Suandok (PPS adult Suandok). In: Cheewasakulyong B, Somwangprasert A, Chiraniramai S, Maneetorn B, Leehapun T, Mahaprom C, et al., editors. Palliative care. Chiang Mai: Klangweang; 2013. P.35-45. (in Thai)
7. The discharge planning and palliative care center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Palliative care report 2017-2019. Nakhon Ratchasima; 2020. (in Thai)
8. Casotto V, Rolfini M, Ferroni E, Savioli V, Gennaro N, Avossa F, et al. End-of-life place of care, health care settings, and health care transitions among cancer patients: impact of an integrated cancer palliative care plan. J Pain Symptom Manage 2017;54(2):167-75.
9. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer in patients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs 2015;19(6):667-72.
10. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, Taylor DH, Goetzinger AM, Zhong X, et al. The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. Oncologist 2013;18(4):381-90.

11. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat hospital, Khon-Kaen province. *Journal of Nursing and Healthcare* 2019;37(2):199-207. (in Thai)
12. Wisarith W, Soonthornchaiya R, Sukcharoen P. Development and preliminary testing of the spiritual care need assessment scale for end of life patients in Thai cultural context. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1):163-74. (in Thai)
13. Jullapan P, Manastachakun P, Sudsa S. Relatives' lived experience of caring for the terminal stage of older patients to achieve a peaceful death. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(3):33-44. (in Thai)
14. Phengjard J. Nurse's role in palliative care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2014;30(1):100-9. (in Thai)
15. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end of life care in cancer patients. *Cancer* 2014;120(11):1743-49.
16. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Palliative Care Alliance [Internet]. 2014 [cited 2020 January 15]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
17. Panich N. Lean with discharge planning model and discharge plan [Internet]. 2014 [cited 2020 January 10]. Available from: http://203.131.209.219/km/admin/new/070919_133635.pdf. (in Thai)
18. Fabie J, Walker K, Pharm D, Kearney C. The power of a plan: the impact of palliative care decisions at hospital discharge on readmission rates (S730) *JPSM* 2016;51(2):e 423.
19. Bond A, Teubner A, Taylor M, Willbraham M, Gillespie L, Farrer K, et al. A novel discharge pathway for patients with advanced cancer requiring home parenteral nutrition. *J Hum Nutr Diet* 2019;32(4):492-500.
20. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
21. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
22. Chirawatkul A. *Statistics for health science research*. Bangkok: Withayapat; 2010. (in Thai)
23. Evers GCM, et al. *The appraisal of self-care agency scale*. Assen/ Maastricht: Van Gorcum & Comp; 1985.
24. Denyes MJ. *Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents [doctoral's dissertation]*. Michigan: The University of Michigan; 1980.
25. Ratanatharathorn V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajom J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy- general. *Journal of Medical Association of Thailand* 2001;84(10):1430-42.
26. Sansom N, Thanasil S. Selected factors related to terminal cancer patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2010;22(Sup 2):42-53. (in Thai)

27. Yawichaipong R. Let's go home [Internet]. 2020 [cited 2020 January 10]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/52.Let%E2%80%99s%20go%20home.pdf>. (in Thai)
28. Rongmuang D, Nakchattree C, Thongphet P. Palliative and end-of-life care competencies among registered nurses in regional health 11. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (Supplement): 412-22. (in Thai)
29. Hökkä M, Pereira SM, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: a systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliat Med* 2020;34(7):851-70.
30. DiMartino LD, Weiner BJ, Hanson LC, Weinberger M, Birken SA, Reeder-Hayes K, et al. Inpatient palliative care consultation and 30-day readmissions in oncology. *J Palliat Med* 2018;21(1):62-8.

บทความวิจัย

อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
นรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่Incidence and Predicting Factors of Vaginal Stenosis in Gynecological Cancer
Patients Receiving Radiotherapy and Brachytherapyปรัศนี ศรีกัน ปร.ด. (Pratsani Srikan, Ph.D)¹กัลยารัตน์ วรรณวงศ์ ปร.ม (Kanyarat Wannavong, M.P.A.)²กาญจนา ดาวประเสริฐ พย.ม. (Kanchana Daoprasert, M.S.N.)²ยุพิน ชัยนาม พย.บ. (Yupin Chainam, B.S.N.)³วารารณ์ ไชยताल พย.บ. (Waraporn Chaitan, B.S.N.)³

Received: Aug 8, 2020
Revised: Feb 12, 2021
Accepted: Feb 20, 2021

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะช่องคลอดตีบตันเป็นผลกระทบที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีหรือการฝังแร่

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการศึกษารายงานเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชได้รับการรักษาฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2556-ธันวาคม พ.ศ. 2560 ที่มีประวัติของการติดตามการรักษา (follow-up) หลังการรักษา ครบเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 719 ฉบับ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง ปริมาณของรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ฉายในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการฉายรังสี ปริมาณแร่ที่ฝังทั้งหมด ปริมาณแร่ที่ฝังในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการฝังแร่ และการรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (Range = 23-90 ปี, Mean = 56.11 ปี, SD. = 11.60 ปี) ร้อยละ 94.20 มีสถานภาพสมรส และป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 86.40 ภาวะช่องคลอดตีบตันพบได้ร้อยละ 23 มีความรุนแรงระดับสอง (grade 2) ซึ่งมักเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในช่วงระยะเวลา 1-12 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา (ร้อยละ 61.03) ปริมาณรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี (Beta = .157) และอายุ (Beta = .123) เป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ปริมาณรังสีและอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

ข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับปริมาณรังสีที่สูงและมีอายุมากกว่า 50 ปี ควรได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันอย่างสม่ำเสมอและควรได้รับคำแนะนำในการใช้เครื่องถ่างขยายช่องคลอด

คำสำคัญ: ภาวะช่องคลอดตีบตัน, การฉายรังสี, การฝังแร่, มะเร็งทางนรีเวช

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระยา E-mail: pratsani.s@bcnpy.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง E-mail: gwannavongs@gmail.com, kdaoprasert@gmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง E-mail: yupin_chainam@hotmail.co.th, warapornchaitan@yahoo.co.th

¹ Boromarajonni College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

^{2,3} Lampang Cancer Hospital, Lampang, Thailand

Abstract

Background: Vaginal stenosis is a common effect in gynecological cancer patients who have undergone radiation or brachytherapy.

Purposes: This study aimed to explore the incidence and predictive factors of vaginal stenosis in gynecological cancer patients.

Research Methodology: It was a retrospective study. Seven hundreds and nineteen medical records of gynecological cancer patients receiving radiotherapy and brachytherapy in Lampang Cancer Hospital from January 1, 2013 to December 31, 2017 were reviewed. The history of follow up for at least 3 months after the treatments was studied. The factors assessed included patient's age, marital status, underlying disease, type of cancer, total amount of radiation, radiation dose, radiation fraction, total amount of brachytherapy, brachytherapy dose, brachytherapy fraction, and chemotherapy.

Results: 60% of the sample aged were between 41 and 60 years (Range = 23-90 years, Mean = 56.11 years, SD. = 11.60 years), and 94.20% had been married. Also, 86.40% were cervical cancer patients. The incidence of vaginal stenosis was 23%, with Grade 2 vaginal stenosis occurred 1-12 months after treatment ended (61.03%). The total amount of radiation (Beta = .157) and age (Beta = .123) were statistically significant predictors of vaginal stenosis.

Conclusion: The total amount of radiation and age play a crucial roles in contributing vaginal stenosis.

Implications: Therefore, patients who have high-radiation dose and are over 50 years of age should be regularly monitored for the occurrence of vaginal stenosis and should be advised to use a vaginal dilator.

Keywords: : vaginal stenosis, radiation therapy, brachytherapy, gynecological cancer

บทนำ

ภาวะช่องคลอดตีบตัน (vaginal stenosis) เป็นความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องคลอดจากการได้รับฉายารังสีหรือการผ่าตัด ทำให้เนื้อเยื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจน มีการสูญเสียอีลาสติน (elastin) เนื้อเยื่อชั้นนอกสุด (epithelium) ของผนังช่องคลอด การรวมตัวของคอลลาเจน (collagen) ลดลง และทำให้เกิดเนื้อเยื่อมีลักษณะเสื่อมสภาพลง มีลักษณะใส (hyalinization) และเกิดพังผืด (fibrosis)¹ ซึ่งส่งผลให้ช่องคลอดแคบและสั้นลง ขาดความยืดหยุ่นและความชุ่มชื้น² มักเกิดหลังจากการได้รับฉายารังสีหรือการผ่าตัด

ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในอุ้งเชิงกราน โดยกระดูกเชิงกรานและช่องคลอดมีการเปลี่ยนแปลง การตรวจกระดูกเชิงกรานยาก เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจเกิดการสูญเสียการทำงาน ช่องคลอดอย่างสมบูรณ์ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งความรู้สึกลดลงคุณค่าในตัวเองลดลง³ รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 1.25-88 ส่วนใหญ่เกิดภายใน 1 ปี และร้อยละ 35 เกิดขึ้นภายใน 6 เดือน หลังการรักษาสิ้นสุดและมักเกิดกับผู้ป่วยที่อายุ 50 ปีขึ้นไป^{4,5}

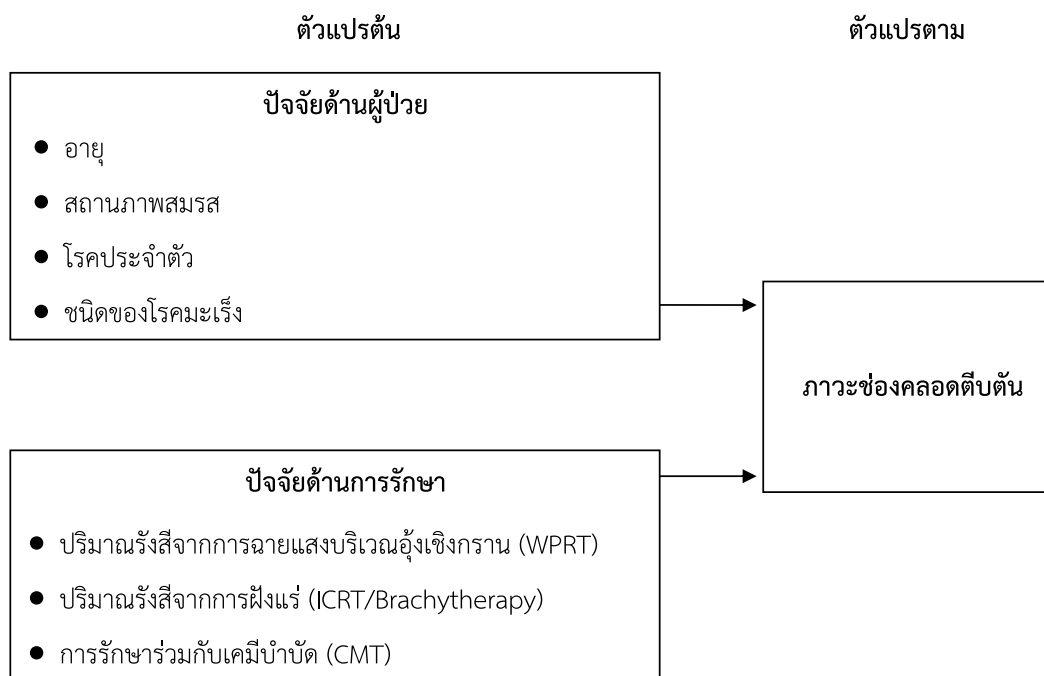
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัย เช่น อายุของผู้ป่วย ตำแหน่งของโรค ชนิดของการรักษา ระยะของโรค ปริมาณรังสี ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะติบตันของช่องคลอด พบว่าการหดสั้นลงของช่องคลอด พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการฝังแร่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก และโพรงมดลูกในระยะที่ 2 และ 3 มีแนวโน้มที่จะเกิดช่องคลอดสั้นลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่อยู่ในระยะที่ 1 นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่รักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด มีการหดสั้นของช่องคลอดมากกว่าผู้ที่รักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออก และได้รับการฉายรังสีร่วมกับการฝังแร่ เกิดภาวะช่องคลอดติบตันมากกว่าผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ได้รับการฝังแร่เพียงอย่างเดียว⁵

อย่างไรก็ตามจากรายงานพบว่า การฉายรังสีร่วมกับการฝังแร่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออก ไม่พบอัตราของภาวะช่องคลอดติบตันที่มากกว่าการรักษาด้วยการฝังแร่เพียงอย่างเดียว ซึ่งความรุนแรงของการหดสั้นและติบตันของช่องคลอด จะเกี่ยวข้องกับปริมาณของรังสีสูงสุดที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละครั้ง (high dose per fraction) จำนวนครั้งของการได้รับรังสี และอุปกรณ์ฝังแร่ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางที่เล็ก⁶ ซึ่ง Kirchheiner และคณะ⁷ พบว่าการฉายรังสีปริมาณที่มากกว่า 45 เกรย์/25 ครั้ง เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการติบตันในช่องคลอดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสามารถอธิบายว่าผลกระทบต่อช่องคลอด จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีตลอดความยาวของช่องคลอดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีเฉพาะส่วนปลายของช่องคลอด (vaginal apex) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tyree, Cardenes, Randall และ Papiez⁸ ที่กล่าวว่าช่องคลอดส่วนล่าง มีความทนทานต่อรังสีน้อยกว่าช่องคลอดด้านบน

นอกจากนี้อายุที่มากกว่า 50 ปี ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะติบตันของช่องคลอด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชปากมดลูกที่ได้รับฉายรังสีบริเวณกระดูกเชิงกรานและช่องคลอด⁴ ในทางกลับกัน อายุที่น้อยและปริมาณรังสี มีผลต่อภาวะติบตันของช่องคลอดของผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี⁹ จากการศึกษาของ Martins และคณะ¹⁰ พบว่าก้อนมะเร็งที่ลุกลามไปถึงผนังช่อง

คลอดและโรคเบาหวาน มีผลต่อการลดขนาดของช่องคลอดส่วนล่างเพียงเล็กน้อย แต่ระยะของโรคที่รุนแรงและการฝังแร่มีผลต่อการลดขนาดของช่องคลอดอย่างมาก นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็ส่งผลต่อการเกิดการติบตันของช่องคลอดด้วยเช่นกัน การมีเพศสัมพันธ์ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือการบริหารช่องคลอดด้วยอุปกรณ์ถ่างขยายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที โดยเริ่มประมาณ 2 สัปดาห์หลังการรักษาสิ้นสุดลง และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้^{2, 11} อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีหรือฝังแร่จัดการมีเพศสัมพันธ์หลังการรักษา¹² และร้อยละ 42 เท่านั้นที่สามารถบริหารช่องคลอดด้วยเครื่องถ่างขยาย อย่างต่อเนื่องได้นาน 12 เดือน¹³

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะช่องคลอดติบตันเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตภาคเหนือมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 รังสีรักษาเป็นหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งมีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางให้บริการฉายรังสีทั้งชนิดระยะไกล (tele therapy) และระยะใกล้ (brachytherapy) หรือการฝังแร่ ซึ่งการฝังแร่นิยมใช้รักษาโรคมะเร็งทางนรีเวช ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก จากข้อมูลเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการฉายรังสีและฝังแร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 เฉลี่ยประมาณปีละ 200 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่ได้รับการติดตามเกี่ยวกับภาวะช่องคลอดติบตันภายหลังจากการรักษาดังกล่าว ยังขาดข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะช่องคลอดติบตัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดติบตันในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่ ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ปริมาณของรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ฉายในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการฉายรังสี ปริมาณแร่ที่ฝังทั้งหมด ปริมาณแร่ที่ฝังในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการฝังแร่ และการรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวปฏิบัติและปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช หลังการรักษาด้วยฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกราน ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช หลังการรักษาด้วยฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological models)¹⁴ ในการอธิบายปัจจัยภายในและภายนอกเกี่ยวกับผู้ป่วย (intra and interpersonal factors) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น รวมทั้งปัจจัยทางด้านองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง (institutional and organizational factors) เช่น ปริมาณรังสีจากการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน (Whole Pelvic Radiotherapy: WPRT) ปริมาณรังสีจากการฝังแร่ (Intracavitary radiotherapy: ICRT/Brachytherapy) และการรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) เป็นการศึกษาข้อมูลจากรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2556-ธันวาคม พ.ศ. 2560 ทุกรายที่มีประวัติของการติดตามการรักษา (follow-up) หลังการรักษา ครบเป็นเวลอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 985 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 719 ฉบับโดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทางนรีเวชชนิดใดชนิดหนึ่งและเริ่มการรักษาด้วยฉายรังสีและการผ่าตัด 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนครบตามแผนการรักษา และ 3) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาทุกครั้ง อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังการรักษาด้วยฉายรังสีและการผ่าตัดเสร็จสิ้น

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลมี 1 ชุด เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบวัดข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว เป็นต้น เป็นลักษณะแบบเลือกตอบและส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลปัจจัยทางคลินิกที่คาดว่าจะมีผลในการทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน ประกอบด้วย ปริมาณรังสีจากการฉายรังสีบริเวณอู้งเชิงกราน ปริมาณรังสีจากการผ่าตัด การรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน ระยะเวลาที่เริ่มเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน เป็นต้น เป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .89 แล้วคณะผู้วิจัยนำไปทดสอบความเข้าใจด้านภาษาและการบันทึกข้อมูล (face validity) กับรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 10 ฉบับ ผลการตรวจสอบพบว่า ผู้วิจัยสามารถเข้าใจตรงกันในวิธีการและแนวทางการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา เลขที่ 02/61 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2561 และโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่ 41/2561 ลงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยติดต่อและประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยตามที่วางแผนไว้ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Predictive analytics software) version 20 สถิติที่จะนำมาวิเคราะห์มีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา เช่น การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าอำนาจการทำนายการเกิดภาวะตีบตันของช่องคลอด ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ซึ่งพบว่าไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (violation of assumptions) ดังกล่าว ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณและคัดเลือกตัวแปรโดยวิธีวิธีการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากรายงานเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 985 ฉบับ พบว่ามีรายงานที่ขาดความสมบูรณ์ จำนวน 166 ฉบับ จึงเหลือรายงานเวชระเบียนจำนวน 719 ฉบับ ที่มีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23-90 ปี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 94.20) และป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 86.37) ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (ร้อยละ 8.21) และโรคมะเร็งมดลูก (ร้อยละ 5.01) ตามลำดับ ในกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ประมาณร้อยละ 52 พบว่ามีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หอบหืด และโรคไขข้อในเลือดสูง จากข้อมูลพบว่ามี การติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษา ตั้งแต่ 3-81 เดือน โดยเฉลี่ยประมาณ 26.67 เดือน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ: Range=23-90 ปี, Mean = 56.11 ปี, SD. = 11.60 ปี		
21-40 ปี	59	8.21
41-60 ปี	426	59.25
61-80 ปี	218	30.32
81-100 ปี	16	2.23
สถานภาพสมรส		
สมรส	677	94.20
หย่าร้าง	10	1.40
หม้าย	3	0.40
โสด	29	4.00
ตำแหน่งของโรคมะเร็ง		
ปากมดลูก (cervix)	621	86.37
เยื่อบุโพรงมดลูก (endometrium)	59	8.21
รังไข่ (ovary)	1	0.14
มดลูก (corpus)	36	5.01
ปากช่องคลอด (vulva)	2	0.28
โรคร่วม (co-morbidity)		
ไม่มี	348	48.40
มี (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง)	371	51.60
ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยการฉายรังสี (n=719, Range=3-81 เดือน, Mean = 26.67 เดือน, SD. = 17.53 เดือน)		
1-24 เดือน	386	53.69
25-48 เดือน	236	32.82
49-72 เดือน	88	12.24
73-96 เดือน	9	1.25

ในตารางที่ 2 อธิบายปริมาณของการฉายรังสีและการฝังแร่บริเวณเชิงกรานทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ระหว่าง 4,000-7,000 เซนติเกรย์ (Mean = 5,290.88 เซนติเกรย์) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.90) ได้รับการฉายรังสีทั้งหมดอยู่ระหว่าง 4,000-6,000 เซนติเกรย์ ปริมาณรังสีดังกล่าวได้ถูกแบ่งสำหรับการฉายรังสีแต่ละครั้ง โดยส่วนใหญ่มีการแบ่งปริมาณของการฉายรังสีอยู่ที่ระดับ 200 เซนติเกรย์ต่อครั้ง ส่วนจำนวนครั้งของการฉายรังสีอยู่

ระหว่าง 20-38 ครั้ง โดยร้อยละ 93.46 ได้รับการฉายรังสีอยู่ในช่วง 25-29 ครั้ง (Mean = 26.52 ครั้ง) สำหรับการรักษาด้วยการฝังแร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณของการฝังแร่ทั้งหมด อยู่ระหว่าง 650-5,200 เซนติเกรย์ โดยพบว่าการฝังแร่ร้อยละ 86.23 ได้รับการฝังแร่ทั้งหมดในปริมาณระหว่าง 2,001-3,000 เซนติเกรย์ (Mean = 2,477.62 เซนติเกรย์) สำหรับจำนวนครั้งของการฝังแร่อยู่ระหว่าง 1-8 ครั้ง ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.37 ได้รับการฝังแร่ประมาณ 3-4 ครั้ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการรักษาด้วยการฉายรังสี การฝังแร่ และการรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับรังสีรักษา		
ปริมาณของรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี (Range=4,000-7,000 เซนติเกรย์, Mean = 5,290.88 เซนติเกรย์, SD.=364.54 เซนติเกรย์)		
4,000-6,000 เซนติเกรย์	711	98.90
6,001-7,999 เซนติเกรย์	8	1.10
ปริมาณของรังสีแต่ละครั้งจากการฉายรังสี (Range=180-200 เซนติเกรย์, Mean=199.53 เซนติเกรย์, SD.=3.04 เซนติเกรย์)		
180 เซนติเกรย์	17	2.40
200 เซนติเกรย์	702	97.60
จำนวนครั้งของการฉายรังสี (Range=20-38 ครั้ง, Mean=26.52 ครั้ง, SD.=1.88 ครั้ง)		
20-24 ครั้ง	23	3.20
25-29 ครั้ง	672	93.46
30-34 ครั้ง	20	2.78
35-39 ครั้ง	4	0.56
ปริมาณรังสีจากการฝังแร่ทั้งหมด (Range=650-5,200 เซนติเกรย์, Mean=2,477.62 เซนติเกรย์, SD.=594.00 เซนติเกรย์)		
≤1,000 เซนติเกรย์	40	5.56
1,001-2,000 เซนติเกรย์	41	5.70
2,001-3,000 เซนติเกรย์	620	86.23
3,001-4,000 เซนติเกรย์	17	2.36
4,001-5,000 เซนติเกรย์	0	0
5,001-6,000 เซนติเกรย์	1	0.14
ปริมาณรังสีจากการฝังแร่แต่ละครั้ง (Range=500-750 เซนติเกรย์, Mean=692.88 เซนติเกรย์, SD.=24.99 เซนติเกรย์)		
500-599 เซนติเกรย์	3	0.42
600-699 เซนติเกรย์	115	15.99
700-799 เซนติเกรย์	601	83.59
จำนวนครั้งของการฝังแร่ (Range=1-8 ครั้ง, Mean=3.58 ครั้ง, SD.=0.87 ครั้ง)		
1-2 ครั้ง	76	10.57
3-4 ครั้ง	621	86.37
5-6 ครั้ง	21	2.92
7-8 ครั้ง	1	0.14
การรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด		
ไม่ได้รับรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด	231	32.10
ได้รับรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด	488	67.90
Cisplatin	305	42.30
Carboplatin	170	23.60
Combined	10	1.40
Adjuvant	4	0.60

(Mean = 3.58 ครั้ง) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.90 ได้รับการรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ได้แก่ Cisplatin และ Carboplatin ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้ร่วมกับการฉายรังสีและฝังแร่อยู่ที่ร้อยละ 42.30 และ 23.60 ตามลำดับ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 ราย (ร้อยละ 23) มีภาวะช่องคลอดตีบตันหลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยทั้งหมดเป็นภาวะช่องคลอดตีบตันระดับสอง (grade 2) และระยะเวลาที่พบการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันครั้งแรก พบได้ตั้งแต่เดือนที่ 1-51 หลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยส่วนมาก (ร้อยละ 61.03) เกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในช่วงระยะเวลา 1-12 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา (Mean = 5.27 เดือน) รองลงมา (ร้อยละ 27.67) พบการเกิดภาวะนี้ในช่วงเวลา 13-24 เดือน หลังจากสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากภาวะช่องคลอดตีบตันนาน 1-40 เดือน (Mean = 5.74 เดือน) โดยส่วนมาก (ร้อยละ 75.38)

พบว่ามีภาวะช่องคลอดตีบตันนาน 1-12 เดือน รองลงมา (ร้อยละ 15.38) พบภาวะช่องคลอดตีบตันนาน 13-24 และกลุ่มตัวอย่าง 4 ราย (ร้อยละ 2.05) ที่ได้รับผลกระทบนานถึง 37-48 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .001$) ปริมาณรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี ($p < .001$) และปริมาณของแร่ที่ฝังทั้งหมด ($p = .003$)

การทดสอบปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน พบว่าปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปริมาณรังสีทั้งหมดจากการฉายรังสี (Beta = .157) และอายุ (Beta = .123) โดยตัวแปรทั้งสองสามารถทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันได้ ร้อยละ 2.40 ($R^2 = .024$, $p < .01$) ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์การเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับของการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน (n=719)		
Grade 1 (แคบและสั้นลง แต่ไม่มีอาการ)	653	77.00
Grade 2 (แคบและสั้นลง แต่ยังตรวจช่องคลอดและปากมดลูกได้)	195	23.00
Grade 3 (ตรวจช่องคลอดลำบาก/เป็นอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์)	0	0
ระยะเวลาที่ตรวจพบภาวะช่องคลอดตีบตันครั้งแรก หลังจากสิ้นสุดการรักษา (n=195, Range=1-51 เดือน, Mean=5.27 เดือน, SD.=4.49 เดือน)		
1- 12 เดือน	119	61.03
13-24 เดือน	54	27.69
25-36 เดือน	18	9.23
37-48 เดือน	3	1.54
48-60 เดือน	1	0.51
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากภาวะช่องคลอดตีบตัน (n=195, Range=1-40 เดือน, Mean=5.74 เดือน, SD=7.57 เดือน)		
1- 12 เดือน	147	75.38
13-24 เดือน	30	15.38
25-36 เดือน	14	7.18
37-48 เดือน	4	2.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ปริมาณรังสีจากการฉายรังสีทั้งหมด (total RT Dose) ปริมาณการของแร่ที่ฝังทั้งหมด (total BT Dose) การรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (CMT) และการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน (Vaginal Stenosis: VS)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1							
2. สถานภาพสมรส	-.121**	1						
3. โรคประจำตัว	.259**	.002	1					
4. ชนิดของโรคมะเร็ง	.088	.161**	.026	1				
5. Total RT dose	-.053	-.011	-.051	-.282**	1			
6. Total BT Dose	-.065	-.051	.016	-.478**	.341**	1		
7. CMT	-.334**	-.058	-.164**	-.448**	.225**	.271**	1	
8. VS	.132**	-.014	.027	-.000	.154**	.110**	-.038	1

**= $p < .01$

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์สมการถดถอยของอายุ ปริมาณรังสีที่ฉายแสงทั้งหมด (total RT Dose) ปริมาณของแร่ที่ฝังทั้งหมด (total BT Dose) และการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน (Vaginal Stenosis: VS)

ตัวแปรทำนาย	Beta	t	p-value
อายุ	.123	3.342	.001**
Total RT dose	.157	4.295	<.001**
Total BT Dose	1.729	1.628	.104 ^{ns}

Constant (a) = -1.004, R = .154, R² = .024, R²adj = .022, F (1,717) = 17.358, p < .001

** $p < .01$, * $p < .05$, ^{ns}ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

การเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน พบได้ร้อยละ 23 ทั้งหมดอยู่ในระดับ 2 ซึ่งร้อยละ 90 ของภาวะนี้เกิดขึ้นภายในเวลา 2 ปี หลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.27 เดือน (SD. = 4.49 เดือน) และนานถึง 51 เดือน หลังจากสิ้นสุดการรักษา ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mirabeau-Beale และคณะ⁹ ที่พบร้อยละ 27.10 นอกจากนี้ภาวะช่องคลอดตีบตันเกิดขึ้นภายใน 6-18 เดือน^{4, 7, 15} หลังการรักษา จากการรายงานของประเทศญี่ปุ่น พบว่าการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในระยะยาวถึง 5 ปีหลังสิ้นสุดการรักษา¹⁶ และเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานอื่น ๆ พบว่า

อุบัติการณ์ของภาวะช่องคลอดตีบตันพบได้แตกต่างกัน ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ปริมาณรังสีที่ใช้ และการใช้เครื่องถ่างขยาย จากการวิจัยนี้พบว่า อายุและปริมาณของรังสีเป็นปัจจัยหลักของการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน กล่าวคือ ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีโอกาสเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เฉลี่ยค่อนข้างสูงและอายุระหว่าง 61-90 ปี มีถึงร้อยละ 32 อาจทำให้การพบอุบัติการณ์หลังการรักษาได้นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า ซึ่ง Brand และคณะ⁴ พบว่าสูงกว่าถึง 2.26 เท่า และมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่รายงานว่าอายุของผู้ป่วยที่มากขึ้นมีผลทำให้

เกิดภาวะช่องคลอดตีบตันสูงขึ้น^{17, 18}

ปริมาณของรังสีทั้งหมดมีผลต่อการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน^{19,20} กล่าวคือ การฉายรังสีแบบระยะไกลที่ปริมาณรังสีมากกว่า 4,500 เซนติเกรย์ และจำนวนครั้งของการฉายรังสีเกิน 25 ครั้งขึ้นไปมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20, 27 และ 34 ถ้าปริมาณรังสีที่ฉายทั้งหมดเท่ากับ 6,500 เซนติเกรย์, 7,500 เซนติเกรย์ และ 8,500 เซนติเกรย์ ตามลำดับ⁷ และอีกการวิจัยหนึ่งของ Singh และคณะ²¹ พบว่าโอกาสการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32, 38, และ 45 ถ้าปริมาณรังสีที่ฉายทั้งหมดเท่ากับ 7,000 เซนติเกรย์, 8,000 เซนติเกรย์, และ 9,000 เซนติเกรย์ ตามลำดับ ส่วน Son และคณะ²² กล่าวว่าปริมาณรังสีน้อยกว่า 4,300 เซนติเกรย์ จะช่วยลดการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในระดับที่รุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .02$)

จำนวนครั้งของการฉายรังสีที่มากกว่า 14 ครั้ง ก็เป็นปัจจัยในการทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันระดับ 1²⁰ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ค่าเฉลี่ยของการฉายรังสีอยู่ที่ 5,290.88 เซนติเกรย์ และ 26.52 ครั้ง ซึ่งถือว่าสูงกว่ารายงานจากการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ที่พบในการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้เครื่องถ่างขยายและการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ระหว่างและหลังการรักษาสิ้นสุดลง ซึ่งอาจมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันได้ นอกจากนี้มีรายงานกล่าวถึงความสัมพันธ์ของการฝังแร่กับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน^{23, 24} แต่พบว่าปริมาณของแร่ที่ฝังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในระดับต่ำในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.58) จะได้รับการฝังแร่ในปริมาณที่สูง (high-dose –rate brachytherapy) แต่จำนวนครั้งของการฝังแร่โดยเฉลี่ยเพียง 3.58 ครั้ง ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ หากเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Sorbe และคณะ²⁵ ที่พบว่าการฝังแร่ที่ขนาด 500 เซนติเกรย์/ครั้ง และจำนวน 6 ครั้ง ทำให้เกิดช่องคลอดมีขนาดสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้

นอกจากนี้ผลกระทบของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต่อการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน กล่าวคือ มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี การฝังแร่ และ

การได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลง²⁶ และจากการติดตามผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด หลังการสิ้นสุดการรักษา 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 35.10 ที่เกิดผลกระทบช่องคลอด ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเดียวพบเพียงแค่ร้อยละ 20.20 โดยร้อยละ 96.60 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับยา Cisplatin สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ขนาด 40 มิลลิกรัม/ตารางเมตร (สูงสุด 70 มิลลิกรัม/ตารางเมตร)²⁷ แต่การศึกษานี้ไม่พบว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลต่อการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน อาจเป็นเพราะขนาดของยา Cisplatin ที่ได้รับต่อสัปดาห์ และจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่สูงเกินไป รวมทั้งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรป้องกันและคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดช่องคลอดตีบตัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่ และมีจำนวนครั้งที่ฉายรังสีที่มากกว่าปกติ โดยมีการซักประวัติและจำแนกผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ความรู้และเฝ้าติดตามการเกิดภาวะนี้ให้ใกล้ชิดกว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ

2. การให้สุขศึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันหลังการฉายรังสีและการฝังแร่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการใช้เครื่องถ่างขยายช่องคลอด (vaginal dilator) เพื่อการป้องกันภาวะช่องคลอดตีบตัน

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยหญิงไทยที่เป็นโรคมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ในการใช้เครื่องถ่างขยายช่องคลอด ซึ่งผู้ป่วยหญิงไทยอาจมีความอาย ไม่กล้าที่จะสอบถามหรือพูดคุยกับพยาบาล เมื่อตนเองเริ่มเกิดภาวะช่องคลอดตีบตัน

รวมถึงการรับรู้ว่าการซื้อหรือใช้อุปกรณ์เครื่องถ่างขยายช่องคลอด เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับกุลสตรี ถึงแม้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องถ่างขยายจะมีอยู่แล้ว ซึ่งเคยศึกษาใน

ต่างประเทศ ในบรรยากาศของการพูดคุยและปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ค่อนข้างเปิดกว้างและเข้าถึงได้ง่าย แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมไทย

References

1. Hofsjö A, Bohm-Starke N, Blomgren B, Jahren H, Steineck G, Bergmark K. Radiotherapy-induced vaginal fibrosis in cervical cancer survivors. *Acta Oncologica* 2017;56(5):661-6.
2. Morris L, Do V, Chard J, Brand AH. Radiation-induced vaginal stenosis: current perspectives. *International Journal of Women's Health and Reproduction* 2017;9:273-9.
3. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. *Clinical Therapeutics* 2015;37(1):39-48.
4. Brand AH, Bull CA, Cakir B. Vaginal stenosis in patients treated with radiotherapy for carcinoma of the cervix. *International Journal of Gynecologic Cancer* 2006;16(1):288-93.
5. Bansal N, Soni A, Khurana A, Verma Y, Kaur P, Chauhan AK. Vaginal dilator therapy to prevent stenosis from radiotherapy: a systematic review. *Asian Journal of Oncology* 2016;02(S 01):111.
6. Khor T, Tuan J, Hee S, Tham I. Radical radiotherapy with high-dose-rate brachytherapy for uterine cervix cancer long-term results. *Australasian Radiology* 2007;51(6):570-7.
7. Kirchheiner K, Nout RA, Lindegaard JC, Haie-Meder C, Mahantshetty U, Segedin B, et al. Dose-effect relationship and risk factors for vaginal stenosis after definitive radio(chemo)therapy with image-guided brachytherapy for locally advanced cervical cancer in the EMBRACE study. *Radiotherapy and Oncology* 2016;118(1):160-6.
8. Tyree WC, Cardenes H, Randall M, Papiez L. High-dose-rate brachytherapy for vaginal cancer: learning from treatment complications. *International Journal of Gynecological Cancer* 2002;12(1):27-31.
9. Mirabeau-Beale K, Hong TS, Niemierko A, Ancukiewicz M, Blaszkowsky LS, Crowley EM, et al. Clinical and treatment factors associated with vaginal stenosis after definitive chemoradiation for anal canal cancer. *Practical Radiation Oncology* 2015;5(3):30.
10. Martins J, Vaz AF, Grion RC, Esteves SCB, Costa-Paiva L, Baccaro LF. Factors associated with changes in vaginal length and diameter during pelvic radiotherapy for cervical cancer. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2017: Epub 2017/10/05.
11. Johnson N, Miles TP, Cornes P. Dilating the vagina to prevent damage from radiotherapy: systematic review of the literature. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)* 2010;117(5):522-31.
12. Correa CS, Leite IC, Andrade AP, De Souza Sergio Ferreira A, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. *Archives of gynecology and obstetrics* 2016;293(5): 1053-63. Epub 2015/09/04.

13. Law E, Kelvin JF, Thom B, Riedel E, Tom A, Carter J, et al. Prospective study of vaginal dilator use adherence and efficacy following radiotherapy. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology* 2015;116(1):149-55. Epub 2015/07/15.
14. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988;15(4):351-77.
15. Güth U, Ella WA, Olaitan A, Hadwin RJ, Arora R, McCormack M. Total vaginal necrosis: a representative example of underreporting severe late toxic reaction after concomitant chemoradiation for cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer* 2010;20(1):54-60.
16. Yoshida K, Yamazaki H, Nakamura S, Masui K, Kotsuma T, Akiyama H, et al. Role of vaginal pallor reaction in predicting late vaginal stenosis after high-dose-rate brachytherapy in treatment-naïve patients with cervical cancer. *J Gynecol Oncol* 2015;26(3):179-84.
17. Bahng AY, Dagan A, Bruner DW, Lin LL. Determination of prognostic factors for vaginal mucosal toxicity associated with intravaginal high-dose rate brachytherapy in patients with endometrial cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2012;82(2):667-73.
18. Stinesen Kollberg K, Waldenström AC, Bergmark K, Dunberger G, Rossander A, Wilderäng U, et al. Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors. *Acta Oncologica* 2015;54(5):772-9.
19. Susko M, Craciunescu O, Meltsner S, Yang Y, Steffey B, Cai J, et al. Vaginal dose is associated with toxicity in image guided tandem ring or ovoid-based brachytherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2016;94(5):1099-105.
20. Park HS, Ratner ES, Lucarelli L, Polizzi S, Higgins SA, Damast S. Predictors of vaginal stenosis after intravaginal high-dose-rate brachytherapy for endometrial carcinoma. *Brachytherapy* 2015;14(4):464-70.
21. Singh R, Chopra S, Engineer R, Paul S, Kannan S, Mohanty S, et al. Dose-volume correlation of cumulative vaginal doses and late toxicity after adjuvant external radiation and brachytherapy for cervical cancer. *Brachytherapy*. 2017;16(4):855-61.
22. Son CH, Law E, Oh JH, Apte AP, Yang TJ, Riedel E, et al. Dosimetric predictors of radiation-induced vaginal stenosis after pelvic radiation therapy for rectal and anal cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2015;92(3):548-54.
23. Laliscia C, Delishaj D, Fabrini MG, Gonnelli A, Morganti R, Perrone F, et al. Acute and late vaginal toxicity after adjuvant high-dose-rate vaginal brachytherapy in patients with intermediate risk endometrial cancer: Is local therapy with hyaluronic acid of clinical benefit? *Journal of Contemporary Brachytherapy* 2016;8(6):512-7.
24. Martins J, Vaz AF, Grion RC, Esteves SCB, Costa-Paiva L, Baccaro LF. Factors associated with changes in vaginal length and diameter during pelvic radiotherapy for cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2017;296(6):1125-33.

25. Sorbe B, Andris S, Leif K. Intravaginal high-dose-rate brachytherapy for stage I endometrial cancer: a randomized study of two dose-per-fraction levels. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2005;62(5):1385-90.
26. Moroney MR, Flink D, Sheeder J, Blake EA, Carrubba AR, Fisher CM, et al. Radiation therapy is not an independent risk factor for decreased sexual function in women with gynecologic cancers. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy* 2018;23(5):331-6.
27. Gondi V, Bentzen SM, Sklenar KL, Dunn EF, Petereit DG, Tannehill SP, et al. Severe late toxicities following concomitant chemoradiotherapy compared to radiotherapy alone in cervical cancer: an inter-era analysis. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2012;84(4): 973-82.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด ต่อระดับความเจ็บปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด

Effectiveness of Maneevej Sitting Position Technique on Labor Pain, Time during Active Phase and Perception of Childbirth Experience of Parturients.

Received: Oct 15, 2020

Revised: Jan 20, 2021

Accepted: Jan 25, 2021

ปณัฏฐิตา ขุนบุญยัง พย.ม.(Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.)¹เกษร สุวิทยะศิริ สด.ม.(Kesorn Suvithayasiri, M.A.)²ลักขณา บัวสมบุญ พย.บ. (Luckana Buasomboon, B.N.S.)³วรรณดี ศรีสว่าง พย.บ. (Wandee Sriisawang, B.N.S.)⁴นงลักษณ์ เกิดทำไม้ พย.บ. (Nongluk Girdtamai, B.N.S.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติและทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งจะมี ความรุนแรง และถื่นขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดที่มีความกลัว ความตึงเครียดเกิดการหลั่ง catecholamine (catecholamine) และ cortisol ทำให้ความเจ็บปวดยิ่งเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ ส่งผลให้การคลอดยาวนาน มีประสบการณ์ทางลบในระยะคลอดและมีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การจัดทำนั่งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ในหญิง ระยะคลอดต่อระดับความปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในหญิง ระยะคลอดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มารับบริการห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 28 คน และกลุ่มทดลองได้รับการจัดทำนั่งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติในระยะคลอดช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบ บันทึกความก้าวหน้าของการคลอด แบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และ สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติมีเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่พบว่าระดับความปวดบริเวณท้องในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม., 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย p-value เท่ากับ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: panuttita.k@bcn.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: kesorn.s@bcn.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม E-mail: lek220107@gmail.com

^{4,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม E-mail: ⁴wansri205@gmail.com, ⁵panuttita.k@bcn.ac.th

^{1,2} Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

^{3,4,5} Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom, Thailand

.97, .72 และ .29 ตามลำดับ และระดับความปวดบริเวณหลังในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม., 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย p-value เท่ากับ .55, .41 และ .25 ตามลำดับ

สรุปผล: ผลการศึกษายืนยันประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดท่าผีเสื้อแบบมณีเวชถึงการช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกของหญิงระยะคลอดที่มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่เป็นการตั้งครภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือแผนการรักษาให้นอนราบหรือพักบนเตียง เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น และเกิดการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ดี

คำสำคัญ: การจัดท่านั้แบบมณีเวช, ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว, การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Abstract

Introduction: Vaginal delivery is a natural process. During the delivery, regular and painful uterine contractions cause progressive dilation and effacement of the cervix. Fear and stress during delivery process usually cause the increasing of Catecholamine and Cortisol hormone. The increase of stress hormones is related to abdominal pain and uterine dysfunction that affect the length of the stage of delivery resulting in a prolong delivery process. These may cause maternal negative experiences in the vaginal delivery and also affect bonding and attachment between maternal and infant in the postpartum period.

Research objectives: This research aimed to compare the effects of Manevej sitting position versus routine nursing care (recumbent position) for women in the first stage of labor on labor pain, duration of active labor period, and perception of childbirth experience.

Research methodology: This quasi-experimental research included of 57 participants who had giving birth at Nakornprathom hospital during April-May 2020. Participants were assigned to either an experimental group (n=29) or a control group (n=28). The experimental group received positioning using the Manevej sitting position as well as routine nursing care while the control group received the routine nursing care only. Data were collected using a demographic questionnaire, pregnancy recording form, delivery process recording form, pain assessment form, the perception of childbirth experience questionnaire and Manevej sitting position in parturients program. Descriptive statistics and independent t-tests were used for data analysis.

Results: The findings showed that the experimental group had significantly shorter active labor period than the control group ($p < .01$) and had a higher score on perception of childbirth experience than that of the control group ($p < .01$). However, there were no statistically significant difference of labor pain while the cervix was 3-4, 5-7 and 8-10 centimeters dilated between the experimental and control groups (p value .97, .72, .29, and p value .55 .41, .25 respectively).

Conclusions: This study confirmed the effectiveness of the Manevej sitting position as it could shorten the duration of active labor and provide more positive perception of childbirth experience.

Implications: Manevej sitting position is one of the effective positions that can be adopt during labor for women to promote the progression of labor and provide more perception of positive childbirth experience.

Keywords: Manevej sitting position, active phase of labor, perception of childbirth experience

บทนำ

การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติที่สำคัญในชีวิตสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งการคลอดทางช่องคลอดจะประสบความสำเร็จหรือใช้เวลาในการคลอดยาวนานขึ้นอยู่กับปัจจัยการคลอด (6Ps) หลายประการ คือ ช่องทางคลอด (Passage) สิ่งที่คลอดออกมาหรือรูปร่างทารก (Passenger) แรงผลักดันหรือการหดตัวของมดลูก (Power) จิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด (Psychological) ความพร้อมทางร่างกาย (Physical condition) และท่าของผู้คลอด (Position of labor) ซึ่งหากมีปัจจัยใดเกิดความผิดปกติหรือไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้การคลอดล่าช้าหรือคลอดยาก มารดาและทารกเกิดทุพพลภาพได้^{1,2} จึงต้องมีการประเมินและแก้ไขปัจจัยการคลอดที่ผิดปกติ รวมทั้งต้องมีการจัดการความเจ็บปวด (pain management) ที่เหมาะสมอีกด้วย

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นกลไกตามปกติทางกายภาพและชีวภาพ ซึ่งความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูก การบาง และการเปิดขยายของปากมดลูก รวมทั้งแรงกดบนอวัยวะใกล้เคียงและมีการดึงรั้งของเอ็นต่างๆ ส่งผลให้บริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงกระแสประสาทความรู้สึกจะเดินทางผ่านจากข่ายประสาทมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน (pelvic plexus) เข้าประสาทไขสันหลังโดยผ่านประสาทส่วนเอวที่ 1 (1st lumbar nerve) และประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ 10 (12th, 11th, and 10th thoracic nerves) ลักษณะอาการเจ็บปวดในระยะนี้เป็นแบบ วิสเซอร์ล (visceral pain) คือ มีอาการปวดแบบตื้อ ๆ บริเวณกว้าง ปวดแสบ ปวดร้อนและปวดร้าวมีหลายตำแหน่ง เช่น บริเวณหน้าท้องส่วนบน ขาหนีบ กระเบนเหน็บ สีข้างบริเวณช่องคลอด ฝีเย็บ บริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นต้น³ ทั้งนี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 4-10 ซม.) และสิ้นสุดลงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการคลอด ทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่รุนแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดที่รุนแรงมีผลเสียต่อสุขภาพจิตทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความตึงเครียดและมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamin (catecholamin) และ cortisol (cortisol) เพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูก

ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้การคลอดยาวนาน มีประสบการณ์ทางลบในระยะคลอด มีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด⁴ และส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์โดยขณะมดลูกหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (fetal acidosis) ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ หากช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจได้รับอันตรายหรือเกิดการสูญเสียจากการคลอด⁵

โรงพยาบาลนครปฐมมีจำนวนการคลอดบุตรในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 4,833 4,604 และ 4,266 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 41.03 40.65 และ 52.04 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุจากระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (prolong 2nd stage) ร้อยละ 12.24 16.13 และ 12.72 ตามลำดับ⁶ ซึ่งจากการศึกษาของ Nystedt, Hogberg และ Lundman⁷ พบว่าผู้คลอดที่มีระยะเวลาในการคลอดยาวนานนอกจากจะส่งผลเสียต่อมารดาและทารกแล้ว ยังทำให้เกิดประสบการณ์ในทางลบต่อการคลอดอีกด้วย ซึ่งจากการทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าของการคลอด เช่น การจัดท่าคลอดศีรษะสูง ซึ่งเดิมเป็นการจัดท่านอนราบหนุนหมอน (dorsal recumbent) ในระยะคลอด อีกทั้งยังไม่มีแนวทางบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ชัดเจน ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องมีการแก้ไขเพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าของการคลอดตั้งแต่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและให้เกิดประสบการณ์ในทางบวกต่อการคลอด ซึ่งการช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้นั้นมีทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้นถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ และมีหลักฐานอ้างอิงว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ตลอดจนเกิดความพึงพอใจในการคลอดและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี⁸ เช่น การกดจุดสะทอนที่เท้า หัวแม่มือ การนวดแผนไทย การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวจำเป็นต้องมีการฝึกฝนจนมีความชำนาญก่อนการปฏิบัติ

การจัดท่าศีรษะสูง (upright position) สามารถส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ช่วยให้ส่วนนำของทารกมีการเคลื่อนต่ำสะดวกขึ้น เพราะอยู่แนวเดียวกันกับแรงโน้มถ่วงของโลก ช่วยเพิ่มขนาดช่องเชิงกราน ลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงายราบ (supine hypotension) และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จากการที่น้ำหนักของมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava และ descending aorta จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังมดลูกของผู้คลอดและทารกเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง จึงทำให้มีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าและทารกในครรภ์เกิดภาวะค้ำขื่นหรือพร่องออกซิเจนน้อยกว่าท่านอนราบ⁹ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมแรงโน้มถ่วงของโลกจึงเพิ่มแรงดันภายในมดลูก ลดความโค้งมาด้านหน้าของกระดูกสันหลังส่วนเอว ทำให้แนวทางคลอดจากโพรงมดลูกกับช่องทางคลอดเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับทางเข้าของช่องเชิงกราน มารดา และทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่ายกว่าท่านอนราบ จึงช่วยลดเวลาการคลอดให้สั้นลง¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องการเปรียบเทียบการใช้ท่าศีรษะสูงหรือนอนตะแคงกับท่านอนหงายชันเข้าหรือท่านอนหงายเท้าพาดบนขาห้อยในระยะที่ 2 ของการคลอดพบว่าท่าศีรษะสูงหรือท่านอนตะแคงช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 4 นาที 29 วินาที ลดการใช้หัตถการช่วยคลอดได้เล็กน้อย ลดความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด และอัตราการเดินหัวใจทารกที่ผิดปกติพบได้น้อยกว่าท่านอนหงายชันเข้า¹¹ สำหรับท่าของผู้คลอดต้องการอนามัยโลกได้สนับสนุนการคลอดธรรมชาติ ไม่ควรจัดให้ผู้คลอดนอนหงายราบ แนะนำให้ใช้ท่าศีรษะสูงต่าง ๆ (upright position) และควรให้ผู้คลอดมีสิทธิ์เลือกท่าคลอดที่เหมาะสมกับตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการจัดท่าคลอดบางท่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริมทำให้มีข้อจำกัด ดังนั้นควรมีการจัดท่าที่มีความใกล้เคียงกับท่าที่ใช้ในชีวิตประจำวันมากที่สุด¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ (Modified Bhadrasana) ที่ดัดแปลงมาจากการบริหารท่าผีเสื้อ (Bhadrasana) ในชุดท่าโยคะอาสนะที่ใช้บริหารร่างกายหญิงตั้งครรภ์โดยให้เบาะออกคล้ายท่า

นั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดผีเสื้อมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แต่การจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ นั้นให้ผู้คลอดพบบนหมอนที่วางบนโต๊ะคร่อมเตียงขณะรอคลอด จากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดเวลา ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านคะแนนความปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร นอกจากนี้การจัดท่าผีเสื้อประยุกต์นั้น จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริม เช่น โต๊ะคร่อมเตียงและหมอน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในบริบทของห้องคลอด¹³ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่ามีการศึกษาประสิทธิผลของการนำท่านั่งแบบมณีเวช (ท่าที่ 8) (Maneevej sitting position technique) ซึ่งเป็นท่าที่มีการจัดท่าคล้ายกับจัดท่าผีเสื้อประยุกต์แต่ไม่ต้องใช้หมอนและโต๊ะคร่อมเตียง เพียงให้ผู้คลอดนั่งลำตัวตรง เบาะออกคล้ายท่านั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดผีเสื้อมากที่สุดเท่าที่ทำได้ หลังจากนั้นเอนตัวไปข้างหน้า นำมือหรือข้อศอกทั้งสองข้างกดเข้าให้ติดเตียงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด นับ 1-20 ซ้ำ ๆ แล้วผ่อนคลายให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิมอีกขณะมดลูกหดตัว เมื่อผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลืนไว้ งอข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้า ให้กระบังลมกดมดลูก¹⁴

จากการศึกษาของ Saejiaw¹⁵ ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งประกอบด้วย 8 ท่า โดยปฏิบัติตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ผลการศึกษาพบว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช มีคะแนนความเจ็บปวดลดลงและมีระยะเวลาคลอดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และเมื่อปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Malae¹⁶ ที่พบว่าผู้คลอดที่ใช้ศาสตร์มณีเวชเฉพาะท่าที่ 8 มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ศาสตร์มณีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁷ พบว่าระยะเวลาคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 194.60$ นาที)

น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 261.17$ นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ เรื่องผลของการจัดทำฝึลือประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอดพบว่าค่าเฉลี่ยระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 155.17$ นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 207.50$ นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ในด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดจะเป็นไปในทางบวกหากสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด มีระยะเวลาการคลอดไม่ยาวนาน¹⁸ และสามารถคลอดปกติทางช่องคลอด¹⁹ ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นพบว่าการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดช่วยลดทั้งระยะเวลาการคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอดอาจส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้

ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการนำท่างนั้งแบบมณีเวช ทั้งนี้เพื่อลดระยะเวลาการคลอด บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในทางบวกต่อระยะปากมดลูกเปิดเร็วซึ่งผลการศึกษานี้จะจัดทำเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำจำกัดความ

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลหญิงระยะคลอดตามมาตรฐาน โดยพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้จัด ให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอน เช่น ท่านอนหงายหนุนหมอน ท่าตะแคงซ้าย ท่าตะแคงขวา ท่านั่ง ยกเว้นท่าฝึลือประยุกต์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตรวจระดับการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาที ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจทางช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมงและเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินสภาพทารกในครรภ์และได้รับเทคนิคบรรเทาปวดโดยการหายใจ ไม่ให้ยาระงับปวด ไม่มีการเจาะถุงน้ำและไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

การจัดท่างนั้งแบบมณีเวช หมายถึง การให้การพยาบาลหญิงระยะคลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้จัดให้หญิงระยะคลอดนั้งท่างนั้งแบบมณีเวช โดยให้ผู้คลอดนั้งลำตัวตรง แเบะขาออกคล้ายท่างนั้งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสอง

ข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดฝีเย็บมากเท่าที่ทำได้ หลังจากนั้นเอนตัวไปข้างหน้าใช้ข้อศอกทั้งสองข้างกดเข้าให้ตืดเตี้ยหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด หรืออาจเปลี่ยนจากจากมือที่จับบริเวณฝ่าเท้ามากดบริเวณเข้าทั้งสองข้างให้ตืดเตี้ยหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด ขณะนั้งไปข้างหน้า 1-20 ซ้ำๆ แล้วผ่อนกดให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิม โดยทำทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เริ่มนั้งตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด เมื่อผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลั้นไว้ ข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้าให้กระบังลมกดมดลูก ได้รับการตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตรวจระดับการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ตรวจทางช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมงและเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินสภาพทารกในครรภ์ และได้รับเทคนิคบรรเทาปวดโดยการหายใจ ไม่ให้ยาระงับปวด ไม่มีการเจาะถุงน้ำและไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก¹⁴

ความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง ความไม่สุขสบายในระยะปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3-4 เซนติเมตรถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร เกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนของทารกผ่านช่องทางคลอด จากการได้รับออกซิเจนลดลงของเนื้อเยื่อ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือความไม่สุขสบายบริเวณท้อง (ตั้งแต่ยอดมดลูกถึงหัวหน้า) และบริเวณหลังส่วนล่าง (ตั้งแต่เอวจนถึงก้นกบ)³ วัดความปวดโดยให้หญิงระยะคลอดประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตราวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS)

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง การขยายของปากมดลูกตั้งแต่ 3-4 เซนติเมตร ความบางตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป ไปจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

การรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไป

ตามการคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด²⁰

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลัง เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในหญิงระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติและกลุ่มที่ดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงระยะคลอดที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หญิงระยะคลอดที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม มีอาการเจ็บครรภ์ มีกระบวนการคลอดทางช่องคลอดและได้รับการทำคลอดจากพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาค้นคว้านี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis)

สำหรับการทดสอบที่มีค่าเฉลี่ย 2 ค่า (testing differences between two means) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 คำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size: ES) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ได้ ES = .8 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit & Beck²¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะตามกลุ่มตัวอย่างในเดือน เมษายน พ.ศ. 2563 และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 (5 ราย) เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
2. ไม่มีความเสี่ยงตามการประเมิน DOPES (Diabetic, Obesity, Post date, Estimate fetal weight, Short stature)
3. ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร มีความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป
4. ทารกอยู่ในท่าที่มียอดศีรษะเป็นส่วนนำ
5. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรอคลอด เช่น ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือย้อย ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำชัน (EFM category II-III) มีขี้เทาในน้ำคร่ำ (thick meconium stained) มดลูกหดรัดตัวรุนแรงผิดปกติ (ความนานมากกว่าหรือเท่ากับ 90 วินาที ความถี่น้อยกว่า 120 วินาที ระยะพักน้อยกว่า 60 วินาที)
2. ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด
3. มีการคลอดผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ชนิดการคลอดที่ผ่านมา ดัชนีมวลกายก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์และประวัติการฝากครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ระดับความปวดและระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. และระยะเวลาเบ่งคลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาและทารกในครรภ์ แบบประเมินระดับความเจ็บปวดที่บริเวณท้องและที่บริเวณหลังชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข โดยแบบวัดมีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งความยาวเป็น 10 ส่วน โดยมีเส้นตรงขีดลงบนเส้นตรง มีตัวเลข 0 ถึง 10 ระบุข้างล่าง ด้านซ้ายสุดคือ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 คือปวดเล็กน้อย 4-6 คือ ปวดปานกลาง และ 7-10 คือปวดรุนแรง ให้ผู้คลอดชี้หรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลข

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ข้อความทางลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย เป็นความจริงบ้าง เล็กน้อย เป็นความจริงครึ่งหนึ่ง เป็นความจริงส่วนมาก และเป็นความจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความทางบวกให้คะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบให้คะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 65 คะแนน แปลผลโดยคะแนนมากกว่า 35 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดตามคู่มือของนายแพทย์นภดล นิงสานนท์ สุรภา หังสพฤกษ์ และ กานดา วัชรสินธุ์ ที่จัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2551¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จำนวน 13 ข้อ ดัดแปลงจาก Nungkla²² ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์การรับรู้ประสบการณ์

การคลอดของนิงสากร นิงคลา และอีกสองท่านเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการวิจัยและการพยาบาล ในระยะคลอด ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ครอบคลุมในด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการเจ็บครรภ์ การคลอด การเบ่งคลอด การพึงพอใจในการควบคุมความเจ็บปวด และความสามารถในการควบคุมตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดที่มาคลอดโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม และทีมผู้ใช้นิยามปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ศึกษาแจ้งให้ผู้คลอดและทีมผู้ใช้นิยามปฏิบัติทางคลินิกทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการและขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาโดยไม่มีการบังคับใดๆ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการดูแล และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยที่ไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่นำเสนอในภาพรวมของผลการศึกษานั้น เมื่อผู้คลอดและทีมผู้ใช้นิยามปฏิบัติทางคลินิกยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงชื่อในยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูลเลขที่ NPH-REC NO 013/2019

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ก่อนเริ่มโครงการวิจัย ทีมผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบหัวหน้างานห้องคลอด ประสานและชี้แจงผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำงานห้องคลอดจำนวน 2 ท่าน ที่ผ่านการอบรมการใช้ศาสตร์มณีเวชในระยะคลอดเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพประจำงานห้องคลอด 2 ครั้ง จำนวน 20 ท่าน ในครั้งแรกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองทดลองระยะเวลาของการศึกษา และครั้งที่สอง

เพื่อติดตามความก้าวหน้าและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย ระหว่างดำเนินการวิจัยมีการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ช่วยวิจัย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

- 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
- 2) ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
- 3) ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาของแพทย์ตามปกติที่พึงจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารโครงการวิจัย โดยแบ่งการดำเนินการกิจกรรมในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม

เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด จากนั้นผู้วิจัยสอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 และบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข และระยะเวลาของการคลอดในแบบบันทึกส่วนที่ 3 ดังนี้

- 1) เมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร
- 2) เมื่อปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 7 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร
- 3) เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง บันทึกในแบบบันทึกส่วนที่ 4 โดยติดตามประเมินระดับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดใน ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนย้ายออกจากห้องคลอด

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายการนั่งในท่านั่งแบบมณีเวชแก่กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งให้ทดลองนั่ง 1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทดลองจริง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาการเข้าร่วมหรือปฏิเสธหลังทดลองนั่ง ซึ่งมีลำดับขั้นตอนดังนี้ อธิบายลักษณะท่านั่งแบบมณีเวช วิถีปฏิบัติ เวลาที่ต้องนั่งแก่กลุ่มทดลอง

- 1) หลังผู้วิจัยอธิบายเรียบร้อยแล้ว ทวนถามกลุ่มทดลองซ้ำ พร้อมให้ซักถามข้อสงสัย
- 2) จัดท่าเตรียมก่อนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชให้กลุ่มทดลอง โดยให้นั่งลำตัวตรง หันหน้าไปทางปลายเตียง แบะขาออกคล้ายท่านั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดฝีเย็บมากเท่าที่ทำได้
- 3) ให้กลุ่มทดลองเอนตัวไปข้างหน้า ใช้ข้อศอกทั้งสองข้างกดเข่าให้ตึงตึงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด หรืออาจเปลี่ยนจากมือที่จับบริเวณฝ่าเท้ามากดบริเวณเข่าทั้งสองข้างให้ตึงตึงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด
- 4) ขณะโน้มไปข้างหน้านับ 1-20 ซ้ำ ๆ แล้วผ่อนกดให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิม โดยทำทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เริ่มนับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด
- 5) ผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลั้นไว้ งอข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้าให้กระบังลมกดมดลูก
- 6) เมื่อกลุ่มทดลองยืนยันไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย ให้ยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที หากกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย
- 7) สอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 และบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด
- 8) บันทึกในแบบบันทึกส่วนที่ 3 และ 4 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของผู้คลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ชนิดการคลอดที่ผ่านมา ดัชนีมวลกายก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และประวัติการฝากครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล หากข้อมูลที่เป็น nominal scale ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลที่เป็นระดับ ordinal ขึ้นไปใช้ KS two sample test และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทั้งสองกลุ่มโดยใช้ไคสแควร์

2. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและเวลาในระลอกปากมดลูกเปิดเร็ว 3 ระยะดังนี้ เมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตรและ 8-10 เซนติเมตรตามลำดับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดทำนั้งแบบมณีเวชและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test หากกระจายของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นปกติใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นตามปกติใช้สถิติแมน-วิทนี ยู เทส (Mann-Whitney U test)

3. เปรียบเทียบการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดทำนั้งแบบมณีเวชและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test หากกระจายของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นปกติใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นตามปกติใช้สถิติแมน-วิทนี ยู เทส (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลา และระดับการรับรู้ต่อ

ประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด ณ หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน คัดออก 2 คน เนื่องจากผ่าตัดคลอดบุตร จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ 28 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.40 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 32.10 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 มีจำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 42.90 ไม่เคยผ่านการคลอดคิดเป็นร้อยละ 46.40 เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.90 มีประวัติคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุครรภ์ 38-38⁺6 และ 39-39⁺6 สัปดาห์เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.60 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 60.70 น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 12-16 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 35.70 ฝากครรภ์ครบคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 85.70 คลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 96.40 มีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70

กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน คัดออก 1 คน เนื่องจากผ่าตัดคลอดบุตร จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ 29 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลมีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 69 มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 96.60 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 37.90 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 37.90 จำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 44.80 และ 41.40 ตามลำดับ ไม่เคยผ่านการคลอดและเคยผ่านการคลอด 1 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 44.80 มีประวัติคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 55.20 มีอายุครรภ์ 38-38⁺6 และ 39-39⁺6 สัปดาห์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.60 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 51.70 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 12-16 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 55.20 ฝากครรภ์ครบคุณภาพคิดเป็นร้อยละ 82.80 คลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 100 มีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 82.80 นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบชนิดของการคลอด

และน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติทดสอบไคสแคว พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. กลุ่มทดลอง มีระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็วไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

3. กลุ่มทดลอง มีระยะเวลารวมในระยะปากมดลูก

เปิดเร็วของการคลอด ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่พบว่าระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

4. กลุ่มทดลอง มีคะแนน การรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=28)	กลุ่มทดลอง (n=29)	p-value	95 % CI	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper
ชนิดของการคลอด			.49*	0.37	0.63
คลอดปกติ (N/L)	29(100)	27(96.40)			
V/E	0	1(3.60)			
น้ำหนักทารกแรกเกิด			.98		
<2500	1(3.40)	1(3.60)			
>2,500-3,499	24(85.70)	24(82.80)			
>3,500-3,999	2(7.10)	3(10.30)			
>4,000	1(3.60)	1(3.40)			

*Fisher'Exact Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความปวดบริเวณท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			Lower	Upper
	(คะแนน)		(คะแนน)					
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	6.5	2.15	6.52	2.23	0.03	.976	-1.15	1.18
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	8.54	2.08	8.34	1.91	-0.36	.720	-1.25	0.87
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	9.61	0.92	9.31	1.2	-1.048	.299	-0.86	0.27

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$ (คะแนน)	SD.	$\bar{X}$ (คะแนน)	SD.			Lower	Upper
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	5.64	3.12	5.17	2.87	-0.593	.555	-2.06	1.12
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	6.82	3.10	6.14	3.16	-0.824	.414	-2.35	0.98
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	8.39	2.88	7.45	3.27	-1.155	.253	-2.58	0.69

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. และเวลารวมในระยะ Active ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$ (นาที)	SD.	$\bar{X}$ (นาที)	SD.			Lower	Upper
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	121.61	93.13	112.76	52.92	-0.443	.659	-48.88	31.18
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	145.18	104.34	57.41	34.96	-4.288	<.001	-130.01	-45.52
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	61.96	73.56	21.03	26.34	-2.777	.009	-70.89	-10.97
เวลารวมระยะ Active phase (4-10 ซม.)	207.14	143.67	78.45	42.07	-4.555	<.001	-186.28	-71.11

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	35.29	3.32	44.38	3.14	10.609	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลา และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด ณ หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐมโดยวิจัยกึ่งทดลอง การอภิปรายผลโดยนำเสนอลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและอภิปรายผลการศึกษา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 28 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ จำนวน 29 คน โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทั้งข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษา โดยเมื่อแยกข้อมูลปัจจัยในแต่ละกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 และ 69 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษา ที่ผ่านมาพบว่าผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 19 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีระดับความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น²³ นอกจากนี้ผู้คลอดที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่²⁴

ด้านสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.40 และ 96.60 ตามลำดับ โดยพบว่าสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 32.10 และ 37.90 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นแม่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 37.90 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 42.90 และ 44.80 ตามลำดับ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 42.90 และ 41.40 ตามลำดับ ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 46.40 และ 44.80 ตามลำดับ เคยผ่านการคลอด 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 44.80 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าลำดับการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือการคลอดครั้งแรกมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าการตั้งครรภ์หรือการคลอดครั้งหลัง²³

การเปรียบเทียบด้านน้ำหนักของทารก (passenger)

ซึ่งเป็นปัจจัยการคลอดด้านทารกมีผลต่อระยะเวลาและความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีน้ำหนักของทารกแรกเกิด อยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.70 สำหรับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชมีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 82.80 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบชนิดของการคลอดและน้ำหนักของทารกแรกเกิดโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด

ผลการศึกษาที่ 1 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชต่อความเจ็บปวด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ มีระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึงแม้ระดับคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ทั้งระดับความปวดบริเวณท้องและระดับความปวดบริเวณหลังส่วนล่างจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง อีกทั้งความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด จากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกที่หดตัวถี่ขึ้น แรงขึ้นและนานขึ้น นอกจากนี้การจัดทำนั้งแบบมณีเวชจะช่วยให้มีการกดของส่วนนำของทารกบริเวณปากมดลูกและปมประสาทบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ (reflex) ผ่านไขสันหลังไปยังสมองที่ต่อมพิทูอิทารีด้านหลัง (posterior pituitary gland) จึงเกิดการหลั่งออกซิโตซิน (oxytocin) เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งการจัดทำนั้งแบบมณีเวช จะยังทำให้มีการ

เคลื่อนต่ำของส่วนนำ เนื่องจากแนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางเข้าของช่องเชิงกราน มีแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเสริมแรงผลักดันทารก แรงเบ่งและแรงการหดตัวของมดลูกให้มีทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดแรงผลักดันทารกให้เคลื่อนต่ำจากช่องทางคลอด จึงทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นทั้งตำแหน่งบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่าง นอกจากนี้การจัดทำนั้งแบบมณีเวชมีกลไกช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เพียงลดการขาดออกซิเจน ของกล้ามเนื้อมดลูกเท่านั้นโดยทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน กล้ามเนื้อบริเวณหลังยืดขยาย น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava และ descending aorta แต่ไม่ได้กระตุ้นที่ประสาทส่วนปลาย หรือใยประสาทขนาดใหญ่ที่จะช่วยขัดขวางและยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อลดความเจ็บปวดแต่อย่างใด จึงทำให้ระดับความเจ็บปวดในระยะปาดมดลูกเปิดเร็วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

การศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างกับการศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁷ เรื่องผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มทดลองในระยะปากมดลูก 3-4 ซม.และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. หลังปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{x} = 4.90, 7.55$) น้อยกว่าก่อนปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{x} = 5.77, 8.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Borrirukwanit และคณะ²⁵ เรื่องผลการใช้ท่ามณีเวชต่อระดับความเจ็บปวดระยะเวลา การคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ พบว่าเมื่อปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. กลุ่มที่นั้งท่ามณีเวชมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ พบว่าหญิงระยะคลอดที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีความปวดที่บริเวณท้องและหลังส่วนล่างขณะมดลูกหดตัวทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p > .05$) และการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด

ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ($\bar{x} = 4.90$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 5.67$) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังนั้นความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความซับซ้อน เป็นความปวดระดับลึกมีความรุนแรงเฉียบพลันและยาวนาน จึงต้องใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่ใช่ยาหลาย ๆ วิธีร่วมกัน เช่นการกระตุ้นที่ใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวด การสัมผัส การประคบ การกดจุด เป็นต้น อาจทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดลดลง อย่างไรก็ตามจากการสังเกตผู้คลอดขณะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการจัดท่ามณีเวชที่มีความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูงมักจะไม่มีอาการแสดงอาการโวยวาย ร้องส่งเสียงหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ต่อระยะเวลาของการคลอด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติมีระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนราบ มาเป็นท่ามณีเวชในระยะคลอดนั้น ช่องทางออกของเชิงกราน (pelvic outlet diameter) จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น 1.5 ซม. อีกทั้งการนั้งท่ามณีเวทยังสามารถช่วยให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำมากขึ้นโดย เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดขณะมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดหายใจเข้าให้เต็มปอด โน้มตัวไปข้างหน้าเหยียดแขนกดเข่าให้ติดพื้นให้มากที่สุดซึ่งจะช่วยเพิ่มขยายช่องเชิงกราน แนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางเข้าของช่องเชิงกราน ทำให้อำนาจของทารกในครรภ์เข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อบริเวณรอบทวารหนักทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี เกิดการกระตุ้น stretch receptor ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ ผ่านไขสันหลังไปยังสมองที่ต่อมพิทูอิทารีด้านหลังได้เร็วกว่า จึงเกิดการหลั่งออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้การหดตัวของมดลูกเกิดขึ้นได้ดีและรวดเร็ว การคลอดจึงก้าวหน้าเร็วขึ้นและใช้ระยะเวลาในระยะคลอดน้อย²⁶

ดังนั้นการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดสามารถลดระยะเวลาการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยพบว่าเวลาเฉลี่ยในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 78.45 นาที) น้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 207.14 นาที) ซึ่งสามารถช่วยลดระยะเวลาเฉลี่ยได้ 128.69 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 15 นาที ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาของ Malae¹⁶ ที่พบว่าผู้คลอดที่ใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ศาสตร์มณีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาที การศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁵ พบว่าระยะเวลาคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 194.60 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 261.17 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ เรื่องผลของการจัดทำนั้เสื้อประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 155.17 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 207.50 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกในแต่ละระยะของปากมดลูกเปิดเร็ว โดยแบ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ดังนี้ ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. พบว่าผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 112.76 นาที) มีระยะเวลาไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 121.61 นาที) แต่สามารถช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. และในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. โดยพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลปกติมีระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. เฉลี่ย 57.41 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติเฉลี่ย 145.18 นาที และในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. กลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลปกติมีระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. เฉลี่ย 21.03 นาที น้อยกว่า

กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติเฉลี่ย 61.96 นาที จึงกล่าวได้ว่าการใช้ทำนั้แบบมณีเวชในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดช่วยสนับสนุนให้เกิดกลไกการคลอดก้าวหน้า มีระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. และ 8-10 ซม.) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ต่อการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ มีคะแนนการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มากกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากแผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ประกอบด้วย แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช การฝึกการจัดท่ามณีเวช การจัดท่ามณีเวชโดยเจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยกดบริเวณเข่าของผู้คลอดขณะมีการหดตัวของมดลูก และการรายงานความก้าวหน้าของการคลอดให้รับทราบเป็นระยะ ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเองขณะมีการหดตัวของมดลูก โดยการนั่งท่ามณีเวชซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก นอกจากนี้การจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวทยังทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จึงส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับเปลี่ยนท่าทางหรือการจัดท่าผู้คลอด นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ยังทำให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในด้านบวก และเมื่อผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีก็จะส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Munsil และคณะ²⁷ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูก เปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดใน

ผู้คลอดครั้งแรก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดทำนั้แบบมณีเวชสามารถช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ช่วยเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แต่ไม่สามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้มีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือแผนการรักษาให้นอนราบหรือพักบนเตียงเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการ

คลอดเร็วขึ้น ใช้ระยะเวลาสั้นลงและเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

2. ควรมีการอธิบายให้ผู้คลอดได้เห็นถึงประโยชน์และประสิทธิผลของการจัดทำนั้แบบมณีเวช เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยตนเองตลอดระยะปากมดลูกเร็ว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาการจัดทำนั้แบบมณีเวชตั้งแต่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และติดตามผลลัพธ์ในระยะคลอด

2. ศึกษาการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่สองของการคลอด เป็นต้น

3. ศึกษาการจัดทำมณีเวชร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด การสัมผัส การประคบ การกดจุด เป็นต้น

References

1. Parisonkul S, Sansiriphan N. Nursing for women in childbirth period. 2nd ed. Chiang Mai: Textbook project, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2010. (in Thai).
2. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: care of the childbearing and childrearing family. 6th ed. PA: Lippincott William & Wilkins; 2010.
3. Gupta S, Kumar, GSA, Singhal H. Acute pain-labour analgesia. Indian J Anaesth 2006; 50(5):363-69.
4. Mcdonald JS. Obstetric pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. Textbook of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p.1388-414.
5. Bryant H, Yerby M. Relief of pain during labour. In: Henderson C, Macdonal S, editors. Mayes' midwifery: a textbook for midwives 13th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2004. p. 458-75.
6. Delivery room, Nakhonpathom Hospital Annual maternity statistics report. Nakhonpathom: Nakhon Pathom Hospital; 2018. (in Thai).
7. Nystedt A, Hogberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: A case - referent study. JCN 2005;14(5):579-86.
8. Simkin PP, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Womens Health 2004;49(6):489-504.
9. Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL. Maternal child nursing care. St. Louis: Mosby; 2002.

10. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). The Cochrane Collaboration [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 21];5(5):1-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484432/>
12. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on duration of the first stage of labour [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1>
13. Duangmani K, Somsap Y, Ingkathawornwong T, Kala S. Effects of modified Bhadrasana pose on labor pain and duration of active phase in parturients. Prince of Naradhiwas University Journal 2017;9(1):35-49. (in Thai).
14. Ningsanond N. Simple way to make life easier...by Maneveda. JST 2011;3(5):1-13. (in Thai).
15. Saejiaw A. The development of integrative care with maneology in the first pregnancy of Surat Thani hospital. Region 11 Medical Journal 2017;31:325-37. (in Thai).
16. Malae N. Effects of using Maneveda practice on time of labor. Sungai Kolok Hospital 2015. (copy document) (in Thai).
17. Uthairat P, Saejiaw A. The effects of Maneveda practice on labour pain coping and labour time of primigravidarum at Suratthani Hospital. Region 11 Medical Journal 2019; 32(1),791-804. (in Thai).
18. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: study of 295 new mothers. Birth [Internet]. 1996 [cited 2019 Nov 21];23:144-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x>
19. Namujju J, Muhindo R, Mselle LT, Waiswa P, Nankumb J, Muwanguzi P. Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. Reprod Health 2018;15(183):1-11.
20. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primipara's perceptions of vaginal and cesarean births. Nursing Research 1979;28(5):260-66.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Pa: Lippincott, Williams &Wilkins; 2012.
22. Nungkla N. Effect of childbirth preparation on childbirth experience among primigravidas and supporters [Master of Nursing Science, Nursing Care of Women]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
23. Walsh D. Pain and epidural use in normal childbirth. EBM 2009;7(3):89-95.
24. Waldenstorum U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factor in national sample. Birth 2004;31(1):17-27.

25. Borrirukwanit K, Jindajumnong P, Pomyen S, Junhmaun K, Yusuk K, Seewan T, et al. Effect of Maneevej sitting position technique on labour pain level, duration time of delivery and blood loss in normal labour. *J Health Sci* 2019;28(3),455-65. (in Thai).
26. Simkin P. Maternal: position and pelvis revisited. *Birth* 2002;30(2):130-2.
27. Munsil J, Sangin S, Suppasr P. Effects of positioning using the Maneevada knowledge program on duration of active labor and satisfaction with childbirth of primiparous women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2018;101-14. (in Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนใน
จังหวัดชลบุรีFactors Predicting the Care Readiness for Persons with Mental Disorders among
Community Networks in Chonburi Province

Received: May 22, 2020

Revised: Jun 5, 2020

Accepted: Jun 10, 2020

วรรณรัตน์ ลาวัณ Ph.D. (Wannarat Lawang, Ph.D.)¹พิชามณู พูนโณทก Ph.D. (Pichamon Poonnotok, Ph.D.)²อโนชา ทศนารณชัย พย.ม. (Anocha Tassanatanachai, M.N.S.)³สุรภา สุขสวัสดิ์ พย.ม. (Surapa Suksawat, M.N.S.)⁴รัชณี สรรเสริญ Ph.D. (Rachanee Sunsern, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลระยะยาว ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายมีกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรีจำนวน 197 คน (ทีมสุขภาพเชิงรุกจำนวน 100 คน และทีมหุ้นส่วนชุมชนจำนวน 97 คน) ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแล ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล และความพร้อมในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบค่าที และถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ สมาชิกทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน มีความพร้อมในการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj}=3.24$, $SD_{adj}=0.73$) โดยทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งด้านที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($M_{adj}=3.30$, $SD_{adj}=0.76$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.26$, $SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.15$, $SD_{adj}=0.78$) ตามลำดับ โดยตัวแปรที่ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในภาพรวมได้ร้อยละ 33.6 ($R^2=.336$, $R^2_{adj}=.326$, $F=46.549$, $p<.001$) $Z_{\text{ความพร้อมของภาคีเครือข่ายชุมชน}} = .367(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .127(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

¹Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: lawang@go.buu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: mouth.mind@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: anochat@go.buu.ac.th

⁴ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล ๗ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา E-mail: surapa.pae@gmail.com

⁵รองศาสตราจารย์ คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง E-mail: rachanee.sun@mfu.ac.th

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

⁴Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand

⁵Faculty of Health Sciences, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

สรุปผล: ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทักษะคิดต่อโรคจิตเวช และการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับการยกระดับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน ผ่านการพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบ/กลวิธีที่ส่งเสริมความพร้อมฯ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะคิดต่อโรคจิตเวช และการดูแล เพิ่มการยอมรับบทบาทการดูแล และจัดการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแล เพื่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายชุมชนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ครอบครัว และระบบการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล, ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช, ภาคีเครือข่ายชุมชน, ทักษะคิด, การยอมรับบทบาท, การได้รับการอบรม

Abstract

Introduction: Community Network is an importance resource in the long-term care system. The care readiness for people with mental disorders is an essential.

Research objectives: To determine factors predicting the care readiness for persons with mental disorders among community networks.

Research methodology: This study is predictive correlational research. Multi-stage random sampling was used to recruit 197 members of community networks in Chonburi province (including 100 proactive health personnel and 97 community partners). Data collection was carried out from October 2018 to March 2019 using self-administered questionnaires consisted of personal data, care data, mental disorder and care attitude, and care readiness. Descriptive statistics, t-test, and stepwise multiple regression statistics were used to analyze the data.

Results: The results revealed that the overall of the care readiness for persons with mental disorders among the members of community networks (including the proactive healthcare team and the community partner team) was at a moderate level ($M_{adj}=3.24$, $SD_{adj}=0.73$). All aspects were at moderate levels, with the readiness to meet the needs of the persons with mental health disorders ($M_{adj}=3.30$, $SD_{adj}=0.76$), followed by the readiness to meet the needs of the families ($M_{adj}=3.26$, $SD_{adj}=0.68$), and the readiness to support care resources ($M_{adj}=3.15$, $SD_{adj}=0.78$), respectively. The care attitude, caring role acceptance, and care training, could predict 33.6% of the variance accounted for the overall of the care readiness ($R^2=.336$, $R^2_{adj}=.326$, $F=46.549$, $p<.001$). $Z_{care\ readiness} = .367(Z_{attitude}) + .260(Z_{role\ acceptance}) + .127(Z_{training})$

Conclusions: Factors predicting the care readiness for persons with mental disorders among community networks are care attitude, caring role acceptance, and care training.

Implications: Administrators, nurses, and other health personnel who work in communities or the contracting unit for primary care should address for enhancing the care readiness among the community networks, both the proactive healthcare team and the community partner team through program/model/strategy developing by focusing on promoting care attitude, increasing caring role acceptance, and providing short course training about care for the persons with mental health disorders. Community Network's care efficiency can be improved resulting to positive outcomes on the persons with mental disorders, their families, and long-term care system.

Keywords: care readiness, persons with mental disorders, community networks, attitude, role acceptance, training

บทนำ

การเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งต่อผู้ที่เจ็บป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมทั่วโลก¹ โรคจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม² จากการศึกษาความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556 พบว่า คนไทยประมาณ 3.9 ล้านคน (ร้อยละ 7.40) ป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบในกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มวิตกกังวล และกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ตามลำดับ โดยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาประมาณ 3.4 แสนคนมีประสบการณ์ฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง² ซึ่งการจัดการปัญหาผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ คือ การให้ผู้เจ็บป่วยได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน³ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ² จึงทำให้ขาดการรักษาและไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ในชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบให้อาการของโรคกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอย่างเฉียบพลันหรือรุนแรง จนเป็นอันตรายทั้งต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในชุมชน³ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นยิ่ง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตของประชาชนกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานแทนการดูแลโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ผ่านการเชื่อมโยงระบบบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ จนเกิดเป็นเครือข่ายบริการแบบบูรณาการ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้เข้าถึงบริการ ได้รับการรักษา และได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ เห็นคุณค่าในตนเองปรับตัว และดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข⁴ ทั้งนี้ ระบบการดูแลระยะยาวที่ดีควรเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยผ่านการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว

ดูแลกันและกันที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ^{3,4} โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อน/บริหารจัดการระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)³

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของคนในชุมชน โดยบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การบริหารจัดการดูแลทั้งการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชแต่ละคนโดยตรงหรือปฏิบัติร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลที่บ้าน^{3,5,6} แต่เนื่องจากความผิดปกติทางความคิดหรือการรับรู้ รวมทั้งอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น ทำให้กิจกรรมการดูแลมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต่อเนื่อง และยาวนาน⁷ จนอาจทำให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้ หดหู่ในการรักษา เกิดความเครียด หรือขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามมา จนอาจเกิดผลกระทบหรือละเลยต่อการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้^{1,8} จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชโดยครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวในระยะยาวนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำบทบาทการส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ซึ่งเป็นเงื่อนไขความสำเร็จของการดูแลที่ต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของคนในชุมชน^{4,9,10}

ภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นกลุ่มคนหรือกลุ่มหน่วยงานที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย มีปฏิสัมพันธ์กัน และร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมของชุมชนในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่ยั่งยืน¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ และ (2) ทีมภาคประชาชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ แกนนำ/ผู้นำในองค์กรชุมชนหรือในสังคม เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำทางศาสนา

เป็นต้น^{3,9} ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions [ICCC] framework) ขององค์การอนามัยโลก¹² ที่ระบุว่า การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จ นอกจากผู้ที่เจ็บป่วยและสมาชิกครอบครัวดูแลกันแล้วต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชน โดยเครือข่ายเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์และบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่ที่ผ่านมา พบว่า ทีมบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีความชำนาญเฉพาะทางเช่นพยาบาลจิตเวชมีจำนวนไม่เพียงพอ ประกอบกับผู้ปฏิบัติงานอยู่มีปริมาณภาระงานมากและขาดความรู้ทักษะในงานด้านจิตเวช ทำให้ไม่สามารถดูแลและติดตามผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้เต็มที่และต่อเนื่อง^{4,6} ส่วนที่ภาคประชาชนยังมีข้อจำกัดเรื่องความรู้และมีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับโรคจิตเวช^{10,13} นอกจากนี้การบริหารจัดการความร่วมมือของทั้งสองทีมยังไม่ชัดเจน⁶ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนความพร้อมของภาคีเครือข่ายชุมชนว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการวางแผนส่งเสริมความพร้อมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชน

ความพร้อมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่า สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตมากน้อยเพียงใด⁶ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นการรับรู้ของภาคีเครือข่ายชุมชนว่า ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนมากน้อยเพียงใด จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชและผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังอื่นในชุมชนพบว่า ความพร้อมในการดูแลมี 3 ด้าน^{3,5,6,13} ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย เช่น การประเมิน/เฝ้าระวัง/ส่งต่อ ดูแลจิตใจ/ร่างกาย ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม/จิตวิญญาณ เป็นต้น ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว เช่น การส่งเสริมศักยภาพ การดูแลสุขภาพผู้ดูแล เป็นต้น และด้านแหล่งสนับสนุน เช่น การช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล วัสดุ อุปกรณ์ รวมถึงเครือข่ายให้คำ

ปรึกษา เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชน อาทิ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง⁶ ส่วน อสม. มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน¹³ ซึ่งหากเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมน้อยหรือไม่เพียงพอจะนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วย¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยูรต์แนวคิด ICCC¹² พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์ แนวทางการบริการ สิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ จนนำไปสู่ความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้ การได้รับการฝึกอบรมในสาระเนื้อหาฝึกทักษะ และเตรียมทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในเรื่องนั้น จะช่วยบุคคลเพิ่มความรู้ ทักษะ และแหล่งสนับสนุน จึงเกิดความมั่นใจและพร้อมเมื่อปฏิบัติบทบาท¹⁴⁻¹⁶ การมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ที่เจ็บป่วยและการดูแลในชุมชน จะช่วยให้บุคคลไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ที่เจ็บป่วย เห็นด้วยกับการดูแลในชุมชนว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ ตลอดจนการยอมรับบทบาทผู้ทำหน้าที่ดูแลด้วยความเต็มใจ เหล่านี้จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมาย จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแล^{14,15,17} ส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นและประสบการณ์ปฏิบัติงานที่มากขึ้น มีผลต่อการเรียนรู้ และเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท⁶ ซึ่งการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีสถานการณ์โรคจิตเวชสอดคล้องกับข้อมูลข้างต้น โดยมีจำนวนผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 6 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น¹⁸ โดยผู้ที่เจ็บป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลระยะยาวจากภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบกับในบริบทประเทศไทย ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลครอบคลุมทุกภาคีเครือข่ายชุมชน คณะผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการและพยาบาลที่มีส่วนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการเติมเต็มองค์ความรู้ดังกล่าว จึงศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนและปัจจัยทำนายความพร้อมดังกล่าว

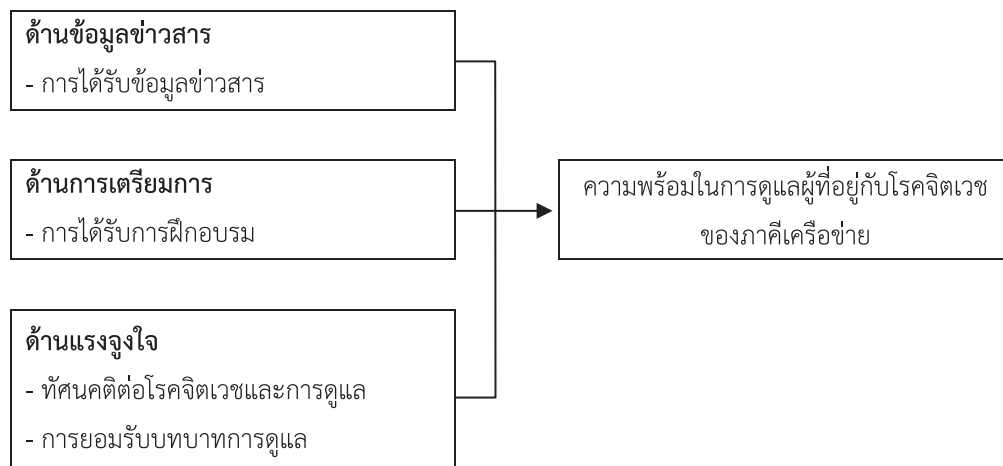
ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวให้กับภาคีเครือข่ายชุมชน จนมีศักยภาพในการทำงาน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระของครอบครัว และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชและครอบครัว^{3,4}

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการผลการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิด ICC อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังผ่านการมีปฏิสัมพันธ์เชิงระบบของเครือข่ายระดับใหญ่ (macro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับเล็ก (micro level) ซึ่งระดับที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรงและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดูแลมากที่สุดคือ ระดับเล็ก โดยเครือข่ายการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ต่อมาเป็นทีมสุขภาพเชิงรุกคือ ผู้ให้บริการจากสถานบริการในชุมชน และสุดท้ายทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ผู้นำหรือผู้ที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งการทำหน้าที่ของแต่ละเครือข่ายจะต้องมีศักยภาพหรือความพร้อม ที่จะเกิดขึ้นได้เมื่อเครือข่ายได้รับการสนับสนุน 3 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (informed) เป็นการแจ้งและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังรวมถึงผลลัพธ์ที่ความคาดหวัง เพื่อให้มีความเข้าใจในสถานการณ์

และเข้าถึงแนวทางการดูแล 2) การได้รับการเตรียมการ (prepared) เป็นการอบรม/ฝึกทักษะและเตรียมทรัพยากรเพื่อให้มีความรู้และทักษะ รวมถึงทรัพยากรที่ต้องใช้ และ 3) การกระตุ้นแรงจูงใจ (motivated) เป็นการกระตุ้นทัศนคติที่ดีต่อการทำบทบาทและเพิ่มการยอมรับในการปฏิบัติตามบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ/เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณาให้ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการจัดการบริการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาว ส่วนภาคีเครือข่ายชุมชนที่มีส่วนในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชมี 2 เครือข่าย ประกอบด้วย ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชน^{3,9} ซึ่งการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ภาคีเครือข่ายชุมชนต้องมีความพร้อม กล่าวคือ ภาคีเครือข่ายชุมชนรับรู้ว่าจะตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนให้สำเร็จลุล่วงมากขึ้นน้อยเพียงใด จากการทบทวนวรรณกรรมมี 3 ด้าน^{3,5,6,13} ได้แก่ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช การตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลส่วนปัจจัยที่จะร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนครอบคลุม¹⁴⁻¹⁷ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) ปัจจัยด้านการเตรียมการ คือ การได้รับการอบรม และ 3) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ คือ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลและการยอมรับบทบาทการดูแล (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม ทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล และการยอมรับบทบาทการดูแลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม ทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล และการยอมรับบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายชุมชน มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

- (1) ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือ

บุคลากรผู้ให้บริการจากสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และ

- (2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม./จิตอาสา ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ (นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่/สมาชิก อปท. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่) และไม่เป็นทางการ (ผู้นำทางศาสนาหรือผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และ 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

คณะผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .06 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กและกลางเนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลที่แนะนำสำหรับวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่มีลักษณะคล้ายคลึงมาก่อน¹⁹ และเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณที่จำนวนตัวแปรต้น 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 190 คน¹⁹ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ของที่คำนวณได้²⁰ การศึกษานี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน เริ่มจาก (1) การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่าง

ง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากกลุ่มอำเภอที่มีลักษณะพื้นที่ต่างกัน ในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อำเภอในพื้นที่เขตเมือง 2 อำเภอ เขตชนบท 1 อำเภอ และเขตอุตสาหกรรม 1 อำเภอ รวม 4 อำเภอ (2) การสุ่ม รพ.สต. ตัวอย่างจาก 4 อำเภอ โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากบัญชีรายชื่อ รพ.สต. ซึ่งมีความใกล้เคียงกันทั้งด้านนโยบายและการจัดบริการด้านสุขภาพในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 5 รพ.สต. รวม 20 รพ.สต. และ (3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพแข็งแรงจาก 20 รพ.สต. โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ตามคุณสมบัติที่กำหนด รพ.สต. ละ 5 คน รวม 100 คน ซึ่งหากมีจำนวนบุคลากรไม่ถึง 5 คนดำเนินการสุ่มรายชื่อจาก รพ.สต. ในอำเภอเดียวกันเพิ่ม และ (4) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีหุ้นส่วนชุมชนจาก 20 รพ.สต. โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อ อสม./จิตอาสา ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่ง รพ.สต. ได้จัดทำทะเบียนไว้ รพ.สต. ละ 5 คน รวม 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (self-report questionnaires) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร มี 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช มี 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมการดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม และการยอมรับบทบาทการดูแล

สำหรับข้อการได้รับข้อมูลข่าวสารและการยอมรับบทบาทการดูแล คณะผู้วิจัยใช้มาตรวัดชนิดตัวเลข 0-10 คะแนน โดยด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ได้รับ/ไม่ได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเลยหรือรู้สึกไม่ยอมรับ/ไม่เต็มใจในการปฏิบัติบทบาท/เลย ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยไปทางขวาจนถึงด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง ได้รับ/ได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเต็มที่หรือรู้สึกยอมรับ/เต็มใจในการปฏิบัติบทบาท/อย่างยิ่ง ถ้าคะแนนสูง

แสดงว่า ภาควิชาเครือข่ายชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสาร/ยอมรับในบทบาทการดูแลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ คะแนนอยู่ในช่วง 0-3, 4-7 และ 8-10 หมายถึง ภาควิชาเครือข่ายชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารหรือยอมรับในบทบาทในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล มี 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะติดต่อโรคจิตเวช (3 ข้อ) และทักษะติดต่อการดูแล (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ภาควิชาเครือข่ายชุมชนมีทักษะที่ดี การดูแลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง ภาควิชาเครือข่ายชุมชนมีทักษะในระดับไม่ดี ปานกลาง และดีตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการดูแล มี 17 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช (6 ข้อ) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว (6 ข้อ) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (พร้อมน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ภาควิชาเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในการดูแลมาก การดูแลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง ภาควิชาเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแลและความพร้อมในการดูแลไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำไปหาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้²⁰

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (sci 049/2561) โดยการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างใดต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการ ใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่ และตีพิมพ์แล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย ขอความร่วมมือการสุ่มและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น คณะผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่ได้นัดหมายที่ รพ.สต. หรือ สถานที่ในชุมชน โดยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงเริ่มให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, [M]) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD.]) ค่าเฉลี่ยปรับฐาน (Adjusted mean [M_{adj}]) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานปรับฐาน (Adjusted standard deviation [SD_{adj}]) ค่ามัธยฐาน (Median [Med]) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range [IQR]) (2) วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มของภาคีเครือข่าย โดยการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) และ (3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression statistics) ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งก่อนวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 197 ชุด (ร้อยละ 98.5) มาวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของภาคีเครือข่ายชุมชน

1.1 กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นทีมสุขภาพเชิงรุก (ร้อยละ 50.8) ใกล้เคียงกับทีมหุ้นส่วนชุมชน (ร้อยละ 59.2) มีอายุระหว่าง 20-78 ปี (M=44.26, SD=13.66) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.2) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 58.4) และเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 61.9)

1.2 ทีมสุขภาพเชิงรุกส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 56) ที่เหลือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 44) มีอายุระหว่าง 22-59 ปี (M=38.62, SD=10.70) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.0) จบปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 75) และทุกคนเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

1.3 ทีมหุ้นส่วนชุมชนประมาณครึ่งหนึ่งเป็น อสม. (ร้อยละ 51.5) ที่เหลือเป็นผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ นายก/สมาชิก อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการชุมชน (ร้อยละ 48.5) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ พระ ปราชญ์ชาวบ้าน และข้าราชการเกษียณ (ร้อยละ 17.50) มีอายุระหว่าง 20-78 ปี (M=50.12, SD=13.77) ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.10) จบประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 30.90) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.80) โดยมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 37.10) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.20)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช

2.1 กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชนภาพรวมมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-33 ปี (Med=2.50, IQR=1) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 81.70) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ (M=1.90, SD=0.67) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ (M=1.81, SD=0.68) และดูแลครอบครัวทางด้านสังคม (M=1.68, SD=0.63)

2.2 ทีมสุขภาพเชิงรุกมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-33 ปี (Med=3, IQR=2) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี

(ร้อยละ 78) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ ($M=1.99$, $SD=0.64$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ ($M=1.91$, $SD=0.62$) และประเมินและตรวจสอบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ($M=1.88$, $SD=0.62$)

2.3 ทีมห้ส่วนชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-20 ปี ($Med=2$, $IQR=1$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 85.60) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ ($M=1.81$, $SD=0.70$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ ($M=1.72$, $SD=0.73$) และดูแลครอบครัวทางด้านสังคม ($M=1.71$, $SD=0.71$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล

3.1 ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนมากได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช (ร้อยละ 59.90) ซึ่งทีมสุขภาพเชิงรุกได้รับการอบรม (ร้อยละ 59) ใกล้เคียงกับทีมห้ส่วนชุมชน (ร้อยละ 60.80)

3.2 ภาคิเครือข่ายชุมชนได้รับและได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในระดับ

ปานกลาง ($M=7.38$, $SD=1.68$) โดยทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมห้ส่วนชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง ($M=7.37$, $SD=1.63$ และ $M=7.40$, $SD=1.75$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ภาคิเครือข่ายชุมชนยอมรับหรือเต็มใจทำบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง ($M=6.69$, $SD=2.05$) โดยทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมห้ส่วนชุมชนมีการยอมรับบทบาทการดูแลระดับปานกลาง ($M=6.93$, $SD=1.79$ และ $M=6.44$, $SD=2.27$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ภาคิเครือข่ายชุมชนมีทัศนคติภาพรวมและทัศนคติต่อการดูแลในระดับดี ($M_{adj}=3.79$, $SD_{adj}=0.49$ และ $M_{adj}=4.15$, $SD_{adj}=0.61$) ซึ่งสูงกว่าทัศนคติต่อโรคจิตเวชที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj}=3.31$, $SD_{adj}=0.54$) ทั้งนี้ ทีมสุขภาพเชิงรุกมีทัศนคติภาพรวม ทัศนคติต่อโรคจิตเวช และทัศนคติต่อการดูแลดีกว่าทีมห้ส่วนชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.790$, $p<.001$, $t=4.959$, $p<.001$ และ $t=4.914$, $p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และค่าทีของปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างภาคิเครือข่ายชุมชน ($n=197$)

ตัวแปร	กลุ่ม	Range	M(SD.)	$M_{adj}(SD_{adj})$	df	t-test	p-value
การได้รับข้อมูล	ภาคิเครือข่ายชุมชน	3-10	7.38(1.68)	-			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	3-10	7.37(1.63)	-	195	-0.147	.883
	ทีมห้ส่วนชุมชน ($n=97$)	3-10	7.40(1.75)	-			
การยอมรับบทบาท	ภาคิเครือข่ายชุมชน	1-10	6.69(2.05)	-			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	3-10	6.93(1.79)	-	195	1.665	.098
	ทีมห้ส่วนชุมชน ($n=97$)	1-10	6.44(2.27)	-			
ทัศนคติ	ภาคิเครือข่ายชุมชน	22-48	37.92(4.97)	3.79(.49)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	29-48	40.06(4.14)	4.01(.41)	195	6.790	.000
	ทีมห้ส่วนชุมชน ($n=97$)	22-45	35.72(4.81)	3.57(.48)			
ทัศนคติต่อโรคจิตเวช	ภาคิเครือข่ายชุมชน	7-20	13.27(2.69)	3.31(.54)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	8-20	14.16(2.64)	3.54(.53)	195	4.959	.000
	ทีมห้ส่วนชุมชน ($n=97$)	7-20	12.36(2.44)	3.09(.51)			
ทัศนคติต่อการดูแล	ภาคิเครือข่ายชุมชน	15-30	24.91(3.56)	4.15(.61)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	21-30	26.08(2.54)	4.35(.57)	195	4.914	.000
	ทีมห้ส่วนชุมชน ($n=97$)	15-28	23.71(4.04)	3.95(.67)			

ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

4.1 ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.24$, $SD_{adj}=0.73$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด ($M_{adj}=3.30$, $SD_{adj}=0.76$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.26$, $SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.15$, $SD_{adj}=0.78$) ตามลำดับ

4.2 ทีมสุขภาพเชิงรุกมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.36$, $SD_{adj}=0.60$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด ($M_{adj}=3.54$, $SD_{adj}=0.60$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.34$, $SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุน

การดูแล ($M_{adj}=3.19$, $SD_{adj}=0.70$) ตามลำดับ

4.3 ทีมหุ้นส่วนชุมชนมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.11$, $SD_{adj}=0.82$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวมากที่สุด ($M_{adj}=3.17$, $SD_{adj}=0.90$) รองลงมาคือ ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.12$, $SD_{adj}=0.87$) และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($M_{adj}=3.06$, $SD_{adj}=0.84$) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของทีมสุขภาพเชิงรุกกับทีมหุ้นส่วนชุมชน พบว่า ความพร้อมในการดูแลภาพรวมและด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยของทีมสุขภาพเชิงรุกมีมากกว่าทีมหุ้นส่วนชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.458$, $p<.05$ และ $t=4.538$, $p<.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และค่าทีของความพร้อมในการดูแลระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน ($n=197$)

ตัวแปร		Range	M (SD.)	M_{adj} (SD_{adj})	df	t-test	p-value
ความพร้อมภาพรวม	ภาคีเครือข่ายชุมชน	17-85	55.15(12.23)	3.24(.73)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	21-85	57.24(10.06)	3.36(.60)	195	2.458	.015
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน ($n=97$)	17-78	52.99(13.84)	3.11(.82)			
ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย	ภาคีเครือข่ายชุมชน	6-30	19.81(4.58)	3.30(.76)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	7-30	21.21(3.56)	3.54(.60)	195	4.538	.000
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน ($n=97$)	6-28	18.37(5.06)	3.06(.84)			
ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว	ภาคีเครือข่ายชุมชน	6-30	19.56(4.73)	3.26(.79)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	9-30	20.06(4.02)	3.34(.68)	195	1.510	.133
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน ($n=97$)	6-30	19.04(5.33)	3.17(.90)			
ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล	ภาคีเครือข่ายชุมชน	5-25	15.78(3.33)	3.15(.78)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	5-25	15.97(3.39)	3.19(.70)	195	0.707	.481
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน ($n=97$)	5-25	15.58(4.34)	3.12(.87)			

ตารางที่ 3 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของเครือข่ายชุมชน (n=197)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	b	SE	Beta	t	p-value
ความพร้อมในการดูแลภาพรวม					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.917	.167	.367	5.500	.000
การยอมรับบทบาท	1.577	.398	.260	3.965	.000
ได้รับการอบรม	3.264	1.536	.127	2.126	.035
ค่าคงที่	11.680	6.002		1.946	.049
$R = .580, R^2 = .336, R^2_{adj} = .326, F = 46.549, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.340	.061	.366	5.565	.000
การยอมรับบทบาท	.585	.146	.260	4.008	.000
ได้รับการอบรม	1.530	.563	.160	2.716	.007
ค่าคงที่	3.918	2.202		1.779	.077
$R = .594, R^2 = .353, R^2_{adj} = .343, F = 35.627, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.383	.066	.402	5.824	.000
การยอมรับบทบาท	.441	.159	.192	2.775	.006
ค่าคงที่	2.096	2.234		.938	.349
$R = .519, R^2 = 0.269, R^2_{adj} = 0.262, F = 35.762, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.555	.134	.294	4.155	.000
การยอมรับบทบาท	.213	.055	.273	3.864	.000
ค่าคงที่	3.980	1.876		2.122	.035
$R = .484, R^2 = 0.235, R^2_{adj} = 0.227, F = 29.730, p < .001$					

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

5.1 ความพร้อมในการดูแลภาพรวม: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล ($B=.367, p<.001$) การยอมรับบทบาทการดูแล ($B=.260, p<.001$) และการได้รับการอบรม ($B=.127, p<.001$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลภาพรวมของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 33.6 ($R^2=.336, R^2_{adj}=.326, F=46.549, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมภาพรวม}} = .367(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .127(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$$

5.2 ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อ

ความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล ($B=.366, p<.001$) การยอมรับบทบาทการดูแล ($B=.260, p<.001$) และการได้รับการอบรม ($B=.160, p<.01$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 35.30 ($R^2=.353, R^2_{adj}=.343, F=35.627, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย}} = .366(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .160(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$$

5.3 ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและ

การดูแล ($B=.402, p<.001$) และการยอมรับบทบาทการดูแล ($B=.192, p<.01$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 26.90 ($R^2=0.269, R^2_{adj}=0.262, F=35.762, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการครอบครัว}} = .402(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .192(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

5.4 ความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล ($B=.294, p<.001$) และการยอมรับบทบาท ($B=.273, p<.001$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 23.5 ($R^2=0.235, R^2_{adj}=0.227, F=29.730, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล}} = .294 (Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .273 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนซึ่งครอบคลุมทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชนพร้อมทั้งอธิบายปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมดังกล่าวในบริบทพื้นที่จังหวัดชลบุรีที่มีความหลากหลายของชุมชนทั้งชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนอุตสาหกรรม คณะผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

ภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรีมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชทั้งภาพรวมและรายด้าน (ได้แก่) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล) ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาสท้อนว่า สมาชิกในทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และสมาชิกในทีมหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นอาสาสมัคร/จิตอาสา และผู้นำชุมชนนั้นรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถที่จะปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนให้ลุล่วงได้ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่

มากพอที่จะสามารถปฏิบัติได้ดี ถึงแม้จังหวัดชลบุรีจะมีการสนับสนุนการทำบทบาทดังกล่าวผ่านกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน^{22,23} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะทางโรคจิตเวช อาทิ ทีมสุขภาพเชิงรุกส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพแต่ไม่ใช่พยาบาลเฉพาะทางทางพยาบาลจิตเวช หรือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเชิงลึกน้อย ประกอบกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเฉพาะแตกต่างจากภาวะเรื้อรังทางกายทั้งในแง่ของอาการและอาการแสดงซึ่งเกิดจากสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ป่วยที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และส่งผลต่อทางกาย จึงทำให้ยากต่อการคาดการณ์การแสดงออกหรือพฤติกรรม ทำให้มุมมองการรับรู้เกี่ยวกับผู้ที่เจ็บป่วยและกิจกรรมการดูแลนั้นมีความซับซ้อนและยุ่งยาก⁷ ซึ่งการปฏิบัติกรดูแลให้บรรลุตามเป้าหมายต้องอาศัยความพร้อมหลายด้าน ทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย เช่น การประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค การจัดการอาการ/พฤติกรรมผิดปกติ เป็นต้น^{3,6} และการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว เช่น การสังเกตและจัดการอาการ การให้คำปรึกษาทั้งกับผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว เป็นต้น^{5,14} นอกจากนี้การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนยังต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ทางกฎหมาย สิทธิคุ้มครอง สิ่งสนับสนุนการดูแล และเครือข่ายที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ที่เจ็บป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มนักวิชาการ หรือองค์กรต่าง ที่เกี่ยวข้อง^{3,9,10} จึงทำให้ภาคีเครือข่ายชุมชนรับรู้ว่ามีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบว่ายังขาดความพร้อมในการดูแล¹⁴ หรือมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง²⁴

เมื่อพิจารณาความพร้อมในการดูแลของทีมสุขภาพเชิงรุก พบว่า มีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมสุขภาพเชิงรุกได้เรียนและฝึกทักษะในศาสตร์ของการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมา

โดยตรงร่วมกับการได้รับการอบรมตามนโยบายการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ³ จึงทำให้มีคะแนนความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากกว่าด้านอื่น แต่อาจยังไม่มากพอ เพราะส่วนใหญ่บุคลากรที่ไม่ได้มีประสบการณ์ที่หลากหลายในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเชิงลึก จึงมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความพร้อมด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลนั้นมีคะแนนน้อยที่สุดอาจเนื่องมาจาก ระบบบริการการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนต้องอาศัยการเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรและเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือและการให้คำแนะนำที่เฉพาะทางเชิงลึก รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และชุมชน⁴ แต่ปัจจุบันระบบการเชื่อมโยงดังกล่าวยังไม่ทั่วถึงเพียงพอในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช¹⁴ ร่วมกับทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 81.70) จึงอาจมีจำนวนและขนาดของแหล่งทรัพยากรและเครือข่ายไม่มาก จึงส่งผลต่อความพร้อมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. มีความพร้อมในปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง⁶

สำหรับความพร้อมในการดูแลของทีมหุ้นส่วนชุมชนพบว่า มีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในชุมชนนั้นจะรู้จักคนในชุมชนและเข้าใจในปัญหาเบื้องต้นของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว จึงรู้สึกว่าตนเองนั้นสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและแสวงหาแหล่งสนับสนุนการดูแลได้ ดังสะท้อนในกิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิตใจแก่ครอบครัว (2) ให้ข้อมูลสิทธิ แหล่งประโยชน์ และสิ่งสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ (3) ช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านสังคมแก่ครอบครัว ในขณะที่การปฏิบัติต่อผู้ที่เจ็บป่วยโดยตรงนั้นมีความซับซ้อนดังที่กล่าวข้างต้น ประกอบกับทีมเครือข่ายมีทัศนคติยังไม่ค่อยดีต่อโรคจิตเวช จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยน้อยที่สุด และน้อยกว่าทีม

สุขภาพเชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนอย่าง อสม. มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน¹³

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้าน คือ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลและการยอมรับบทบาทการดูแล โดยตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชภาพรวม ($B=.367, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.366, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($B=.402, p<.001$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($B=.273, p<.001$) อาจเนื่องมาจากทัศนคติเป็นปัจจัยที่สะท้อนความรู้สึกของบุคคลว่า เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งทัศนคติจะชักนำให้ปฏิบัติบทบาทมีแนวโน้มเผชิญสถานการณ์ในทิศทางทางบวกหรือลบ¹² ซึ่งหากภาคีเครือข่ายชุมชนมีทัศนคติด้านบวกต่อโรคจิตเวช อาทิ เป็นโรคที่ไม่อันตรายและสามารถเข้าใจผู้ที่เจ็บป่วยหรือทำกิจกรรมร่วมกันได้ ก็จะไม่กลัว ตีตรา หรือรังเกียจผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ยิ่งมีทัศนคติที่ดีว่า ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการ ดูแลตนเอง และกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ โดยชุมชนควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล ก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล พยายามแสวงหาความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และเครือข่ายรอบตัว เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมสามารถปฏิบัติบทบาทตามที่คาดหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r=.344, p<.001$)²⁵ และสามารถทำนายความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ($B=.407, p<.001$)²⁴ ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($B=.220, p<.001$)¹⁵

เมื่อร่วมกับปัจจัยการยอมรับบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้ช่วยเพิ่มอำนาจร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลมากขึ้น ดังผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรการยอมรับบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับ

โรคจิตเวชภาพรวม ($B=.260, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.260, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($B=.190, p<.01$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($B=.294, p<.001$) อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีการยอมรับหรือเต็มใจในการปฏิบัติตามบาทแสดงว่า บุคคลนั้นเข้าใจบทบาทของตนเอง เห็นความจำเป็นให้มีความสำคัญ และให้คุณค่ากับการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจ จูงใจ และพร้อมที่จะแสดงบทบาท¹² ซึ่งเมื่อภาคีเครือข่ายชุมชนยอมรับว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชนั้นเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญ เป็นสิ่งที่มีคุณค่า ทำแล้วเกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ไม่ขัดแย้งหรือกีดกันในบทบาท เมื่อยังยอมรับมากเท่าไร ก็จะเกิดแรงจูงใจภายในแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและชุมชนควรทำให้ยินยอมและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล แล้วก็จะเปิดใจในการปรับตัวเข้าหากัน ส่งผลให้เกิดความพร้อมตามมา¹⁴

นอกจากนี้ การได้รับการอบรมยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ร่วมทำนายนายความพร้อมในการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชนให้มากขึ้น ได้แก่ ความพร้อมในภาพรวม ($B=.127, p<.001$) และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.160, p<.01$) ทั้งนี้เนื่องจาก การได้รับการอบรมเป็นการได้รับการเตรียมการทั้ง ความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแล จึงนำไปสู่ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย¹² ซึ่งหากภาคีเครือข่ายชุมชนโดยเฉพาะทีมห้ส่วนชุมชนที่ไม่ได้ศึกษาศาสตร์ทางการดูแลสุขภาพมาก่อนได้รับการฝึกอบรมทั้งการอธิบายและสอนสาธิตจะทำให้ความเข้าใจในสถานการณ์และมีทักษะในการดูแล จึงช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ดูแลได้รับการอบรมจะช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต การได้รับการอบรมก่อนดูแลสามารถทำนายนายความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ($B=.126, p<.01$)²⁴ แต่ตัวแปรการได้รับการอบรมไม่สามารถทำนายนายความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวและด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลนั้น อาจเนื่องจากความพร้อมในการทำกิจกรรมการดูแลดังกล่าวเป็นการปฏิบัติ

พื้นฐานไม่ได้เชิงลึกเหมือนการปฏิบัติโดยตรงกับผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช เช่น ให้กำลังใจครอบครัว ดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคม หาเครือข่าย เป็นต้น จึงทำให้เป็นตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้ สำหรับตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่สามารถทำนายความพร้อมได้ ถึงแม้จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการทำบทบาทของภาคีเครือข่ายชุมชนนั้น¹² อาจเนื่องจาก ปัจจุบันมีรูปแบบข้อมูลข่าวสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากมาย เช่น เอกสาร แผ่นพับ คลิปเสียง หรือวิดีโอ และภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายผ่านหน่วยบริการและสื่อออนไลน์ จึงทำให้เป็นตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้

จากข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ทศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล การรับรู้บทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้แนะให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ICC¹² ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพอย่างทีมสุขภาพเชิงรุกหรือผู้ที่อาสาเข้ามาช่วยเหลืออย่างทีมห้ส่วนชุมชน ซึ่งจะปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแลจนเกิดทัศนคติที่ดีต่อบทบาท การยอมรับบทบาทการดูแล และการเตรียมการโดยได้รับการฝึกอบรมทักษะในการดูแลที่มีคุณภาพตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละทีม จะนำไปสู่การเกิดความพร้อมของเครือข่ายชุมชนในภาพรวมและรายได้นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กัน ส่งเสริมกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชน รวมถึงระบบการดูแลระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ องค์การส่วนปกครองท้องถิ่น และผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมห้ส่วนชุมชน โดยกำหนด

นโยบายการสร้างเสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายชุมชนในระบบการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยจิตเวชระยะยาว พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนยกระดับความพร้อมการดูแลฯ ของเครือข่ายดังกล่าว ครอบคลุมทุกด้านตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ประกอบด้วย ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางสุขภาพอื่นใน รพ.สต. ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข) หรือในทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ (ได้แก่ นายก อบต. เจ้าหน้าที่/สมาชิก อบต. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่) และไม่เป็นทางการ (ได้แก่ ผู้นำทางศาสนาหรือผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน) โดยการเสริมสร้างความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชโดยมองภาพรวมของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่ง

สนับสนุนการดูแล หรือในส่วนที่ขาดของแต่ละทีม ผ่านพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบ/กลวิธีที่ส่งเสริมความพร้อมฯ โดยเน้นการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแล เพิ่มการยอมรับบทบาทการดูแล และจัดการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ผ่านช่องทางการเตรียมความพร้อมในที่ตั้ง (ชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ) ผ่านช่องทางเทคโนโลยีสารสนเทศหรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน ทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ท้าทายความพร้อมในการดูแล ได้แก่ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรม ร่วมกับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว

References

1. Larsen P. Lubkin's Chronic Illness: Impact and Intervention. In: Intervention LsClla, editor. 9 ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from the Thai national mental health survey 2013. Nontaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
3. National Health Security Office (NHSO). Manual of community care for chronic psychiatric patients for personnel of the primary care unit. Bangkok: Saeng Chan Press Limited Partnership; 2016. (in Thai)
4. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Strategic Plan, Department of Mental Health: During the National Economic and Social Development No.12 2017-2021. Nontaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
5. Chankham W. The development of psychiatric and mental health care system in the community: Roles of Psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2016;30(3): 1-9. (in Thai)

6. Prasertyod S, Suttarungsee W, Intanon T. Readiness of professional nurses in mental health and psychiatric practices at Tambon Health Promoting Hospitals, Suratthani province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015;35(1):101-18. (in Thai)
7. Poonnotok P, Kaewmart N, Asarath T, Pratoomsri W. Making it better: Experiences of Thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. *Journal of Health Research* 2019;33(3):238-46.
8. Shiraishi N, Reilly J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2019;54(3):277-90. (in Thai)
9. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(2):68-76. (in Thai)
10. Phuttharod P. Continuing care process in schizophrenia patients by caregiver and community network. *Journal Mental Health Thailand* 2016;24(2):122-9. (in Thai)
11. Health Education Division. Building networking and community participation in health behavior modification. Nontaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
12. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions: global report (No. WHO/MNC/CCH/02.01). Geneva: World Health Organization; 2002.
13. Chiuymdee S, Sangon S, Nintachan P. The study of community psychiatric and mental health practice among village health volunteers. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(1):41-59. (in Thai)
14. Thiensan T. Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients cares in the community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(2):67-77. (in Thai)
15. Piriyaaratchai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *The Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018;19(3): 231-40. (in Thai)
16. Rodsun P, Chamroonsawasdi K, Yodmai K, Kittipichai W. Influencing factors on readiness of personnel in local administrative organization on teenage pregnancy prevention and solution, Nakhon Nayok province. *Christian University Journal* 2019;26(1):13-27. (in Thai)
17. Wongpredee A. Local communities' preparedness for health management: A case of local administrative organizations in the Upper Northeast in Thailand. *Local Administration Journal* 2015;8(1):1-15. (in Thai)
18. The center system for providing psychiatric patients in Thailand, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report of patients receiving psychiatric services [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>.

19. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10 ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2017.
20. Srisatidnarakul B. Development and validation of research instruments: Psychometric properties (in Thai). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012. (in Thai)
21. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10 ed. Boston: Pearson Education; 2006.
22. Mental Health Cente. Work manual of process 3: Transferring of innovation, knowledge, and technology to promote and prevent mental health problems for the networks. Chonburi: Mental Health Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
23. Mental Health Center. Service manual of process 2: Transferring of knowledge and technology to promote and prevent mental health problems for the village health volunteers. Chonburi: Mental Health Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
24. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, Chonburi province. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University 2020;28(2):106-21. (in Thai)
25. Heakham N, Lawang W, Rattanaagreeethakul S. Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. Journal of Nursing and Education 2020;13(4):1-17. (in Thai)

