



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา : กรณีศึกษา
จันทร์ทิรา เจริญชัย, สุภารัตน์ พวงเงิน, สุรางคณา พรหมมาศ, บุษพร ดุมใหม่

บทความวิจัย

ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลแม่เรื่งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชลียา วามะสุน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, ใสกิด กับกิมหัน, ภัญญนิช อนนทบุณย์, เพชรพนัธิ์ บุญจวี, พิมพิศา มรกตชัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจ

ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ศรินรา ทองมี, คำปิ่น แก้วกนก, อรพรรณ เรืองชาติ, ศิริทิพย์ สวงวนวงศ์วาน, วิภาพรรณ ชัยเจริญวรรณ

การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตัญญูมีแห่งหนึ่ง

สุพัต กิตติวรเวช, สาวิตรี สิงหา, สุเพียร โกลกพิชัย

ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในการคลอดก่อนกำหนด
ก่อนจำหน่าย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย

สกลสุภา อภิชาบุญโชค

การศึกษาการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปามาเดลกับบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษา
ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในรายวิชาการพยาบาลมารดาการกและการผดุงครรภ์ 1

สิวพร พานเมือง, ภัฏยา กุลธรรม, พิมลดา ลัดดาจาม, สุภาพร ประนิดกา

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จงกลณี ดุ้ยเจริญ, นลธิ์บัณฑิต ไชยวงศ์, พิชรินทร์ ทวยหาญ

การพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้วยสาเลและการออกกำลังกายแบบสมาริบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาล
ในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

อรพรรณ ศรีธรรมย์, พิชย์ ใจการุณ, รัตนา บุญพา, ภาวิณี ทาระสาร

ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล

ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณี สร้อยสงฆ์, ภัททิศา เพ็ญทอง, ปันทวรรณ ชีรพงศ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

สุภารัตน์ พิสมัยพันธุ์, สุพัตรา บัวทิ, ปานเพชร สกุลฤ, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, รจนา วรวิทย์ศรางกูร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
หน่วยงานที่จัดพิมพ์	สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

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

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ หัวหน้างานวิจัยและผลิตทางวิชาการ
-----------	--

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวลักขณา	ชอบเสียง
นางจงลักษณ์	ทวีแก้ว
นางพนัชญา	ขันติจิตร
นายชนุกร	แก้วมณี
นางสาวจิณวัตร	จันครา
นายหัตถกาน	พลไชย

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจนสติ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธีพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารน
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ก่ำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรรณาภรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นวที
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสือ จิมบ้านไร่

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.วิไลวรรณ ปะริก

ดร.สุเพียร โภคพิมาย

ดร.วิโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลิยา วามะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.เกษราภรณ์ เกตนุพพา

ดร.สุภาภรณ์ ศรีรัตนรัตน์

ดร.เอนออส แสงศิริ

ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย

ดร.เพชรณีย์ วิริยะสืบพงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมมาธิราช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี

โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก



ดร.นงา สิงห์วีธรรม
ดร.ปรานทิพย์ ทาเลนา: เอเลทอร์
ดร.สุรศักดิ์ สุนทร
ดร.ตลนกา ไชยสมบัติ
ดร.ณัฐยา ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ นาวาคุระ

ดร.สุภากรณ์ อุดมลักษณ์
ดร.นุชยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร
ดร.ศรีจันทร์ พลับจัน
ดร.สุภารัตน์ พิชัยพันธ์
ดร.ณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น
ดร.ธินกร สุจินมงคล
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.พัชรี ใจการุณ
Mr. Kent Dale Hamilton
อาจารย์ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
ผู้เชี่ยวชาญสตราจารยียุทธชัย นุ่งทอง

สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์บุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลเลย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
224 ถ.พลาพเน ต.ไผ่เมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทร. 045-255462



บทบรรณาธิการ

**“ค่าเฉลี่ย (Average หรือ Mean) การนำเสนอ ใช้ค่า $\bar{x}$ (μ)
เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มประชากร
แต่จะใช้ค่า $\bar{x}$ (x̄) เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง”**

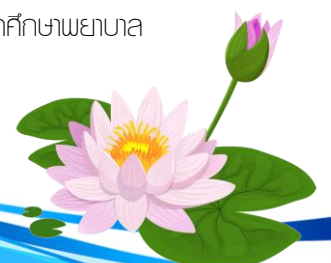
ที่มา: Surbhi, 2017

(<https://keydifferences.com/difference-between-sample-mean-and-population-mean.html>)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ขอนำเสนอประเด็นที่คลาดเคลื่อนการใช้สัญลักษณ์ทางสถิติระหว่างข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรเพื่อเป็นประโยชน์การนำไปใช้วิเคราะห์และนำเสนอได้ถูกต้อง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565) ดังนี้

- 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพญางานการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา : กรณีศึกษา
- 2) ความผูกพันของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
- 4) การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
- 5) ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในการคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่าย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย
- 6) การศึกษาการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลกับบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการพญางาน 1
- 7) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 8) การพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมันวุ้นนัตถ์กล้วยาสาลีและการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
- 9) ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล และ
- 10) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล



กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม บัณฑิต รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต นอกจากนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอต้อนรับและขอบพระคุณ ดร.กุลิตา กุลประทีปปัญญา บรรณาธิการท่านใหม่ ปี 2565 ที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาวารสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพองการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูน 1
ในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา : กรณีศึกษา
Nursing Care of a Patient Receiving Intra-Aortic Balloon Pump for Treatment:
A Case Study
จันทร์ทิรา เจริญชัย, สุดารัตน์ พวงเงิน, สุรางคณา พรหมมาศ,
นุชพร ดุมโหม
Chantira Chiaranai, Sudarat Peungngan, Surangkana Prommart,
Nudchaporn Doommai

บทความวิจัย

- ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี 16
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
Prevalence of Stress and Depression among Service Recipients at the
Ubonratchathani Cancer Hospital During the Covid-19 Pandemic Situation
ชลียา วามะลูน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, โสภิต ทับทิมหิน,
กัญญณิษ อเนกบุญย์, เพชรมนี บุญฉวี, พิมพิศา มรกตเขี้ยว
Chaliya Wamaloon, Petthai Niramansakulpong, Sopit Tubtimhin,
Kunyanich Anekboon, Petmanee Boonchawee, Pimpisa Morakotkheew
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิชาชีพพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อ 31
ช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึก
แบบทั่วร่างกาย
Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Nurse Anesthetists
assisting with Tracheal Intubation and Extubation of Suspected or Confirmed
COVID-19 Patients undergoing General Anesthesia
ศรินรา ทองมี, คำปิ่น แก้วกนก, อรวรรณ เรืองชาติ,
ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, วิภาพรรณ ชัยเจริญวรรณ
Sarinra Thongmee, Khampin Kaewkanok, Orawan Ruangchat,
Sirithip Sanguanwongwan, Wipapan Chaijaroenwan
- การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิ 45
แห่งหนึ่ง
Preparing to be a Potential Elderly of Registered Nurses in a Tertiary Hospital
สุพัต กิตติวรเวช, สาวิตรี สิงหา, สุเพียร โภคพิชัย
Suladi Kittiworavej, Sawitree Singhard, Supian Pokathip





ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ 58
เชื้อในการคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่าย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย
Effects of development Maternal Prepare Program on Preterm Infants Infection
Preventing Self-Efficacy Before Discharge and The Rate of Return before Follow up
สกลสุภา อภิวัชบุญโชค
Sakonsupa Apichutboonchock
- การศึกษาการบูรณาการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลกับบริการวิชาการเพื่อ 72
เสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในรายวิชาการ
พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1
Developing Integration of CIPPA Model Instruction with Academic services
on Nursing Student's Competencies Based on Thai Qualification Framework
for Higher Education in Maternal Child Nursing and Midwifery 1
สิวพร พานเมือง, กัญญา ทูลธรรม, พิมลดา ลัดดาจาม, สุภาพร ประณิตา
Sivaporn Panmuang, Kanya Toontham, Pimlada Luddangam, Supaporn Pranudta
- ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 87
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
The Relationship between Self-motivation and COVID-19 Prevention Behaviors
among Village Health Volunteers
จงกลณี ตัญเจริญ, นลปณ์นัยค์ ไชยวงศ์, พัชรินทร์ ทวยหาญ
Jongkolnee Tuicharoen, Nontanun Chaiwong, Patcharin Tuayharn
- การพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้วยสาเลีและการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด 100
SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
Developing Guidelines for Using Lemon Juice, Wheatgrass Juice, and SKT 1 and 2
Meditation Exercises to Reduce Blood Sugar Levels for Diabetic Patients
อรรธยา ศรีวะรมย์, พัชรี ใจกาธุณ, รัตนา บุญพา, กาวินี ทาระสา
Onwanya Sriwarom, Patcharee Jaigarun, Rattana Boonpha



ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมทางการแพทย์
แบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล 112
Effects of Contemplative Education on Happiness Learning and Holistic
Nursing among Nursing Students
ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณี สร้อยสงค์, ภัณฑิรา เผื่องทอง,
นันทวรรณธีรพงศ์
Piyapong Sornlob, Suwannee Sroisong, Panthiracha Fuongtong,
Nanthawan Theerapong
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล 127
Factors Related to Attitudes toward End-of-Life Care among Nursing Students
สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, สุพัตรา บัวที, ปานเพชร สกุลกู,
รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, รจนา วรวิทย์ธรางกูร
Suparat Phisaipanth, Supatra Buatee, Panphet Sakulkoo,
Runghnapa Prayoonsirisak, Rojana Warawitsarangoon
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องพุงการทำงานของหัวใจชนิดบอลูน ในหลอดเลือดแดงเออร์ตา : กรณีศึกษา

จันทร์ทิรา เจียรณัย Ph.D. (Nursing)^{1*}

สุภารัตน์ พวงเงิน พย.บ.²

สุรางคณา พรหมมาศ พย.บ.³

นุชพร ดุมนใหม่ พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock [CS]) เป็นอาการทางคลินิกที่คุกคามชีวิต เกิดจากการกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ CS เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิตที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลงจนทำให้อวัยวะในร่างกายหลายระบบทำงานล้มเหลวจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต CS เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้วยเทคโนโลยีที่พิเศษ ผู้ป่วยจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 45-70 เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic balloon pump [IABP]) เป็นเครื่องมือที่ช่วยพุงการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตชนิดชั่วคราวที่ช่วยเพิ่ม Cardiac output มีการเริ่มใช้เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีราคาแพงและใช้ทรัพยากรที่มีความซับซ้อนมาก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน IABP ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยครอบคลุมในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) หลักการทำงานของ IABP 2) วัตถุประสงค์ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ IABP 3) ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ IABP 4) การหย่าและการเลิกการทำงานของ IABP 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย IABP และ 6) ตัวอย่างกรณีศึกษาและการพยาบาล บทความนี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิกฤตในการส่งเสริมสมรรถนะในการประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ IABP ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย IABP ได้อย่างเหมาะสมและเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: เครื่องพุงการทำงานของหัวใจชนิดบอลูนในหลอดเลือดแดงเออร์ตา ภาวะช็อกจากหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษา การพยาบาล

¹ รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

² พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

⁴ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Corresponding author email: Chantira@sut.ac.th

วันที่รับ (received) 17 พ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

Nursing Care of a Patient Receiving Intra-Aortic Balloon Pump for Treatment: A Case Study

Chantira Chiaranai Ph.D. (Nursing)^{1*}

Sudarat Peungngean B.N.S.²

Surangkana Prommart B.N.S.³

Nudchaporn Doommai B.N.S.⁴

Abstract

Cardiogenic shock (CS) is a life-threatening clinical condition caused by inadequate tissue perfusion due to cardiac dysfunction. It is a hemodynamically complex syndrome characterized by a low cardiac output that often culminates in multiorgan system failure and death. It is the main cause of death related to acute myocardial infarction (AMI), with a mortality rate of 45-70% in the absence of aggressive and highly specialized technical care. The intra-aortic balloon pump (IABP) is one of the most widely used mechanical assistance devices, also known as temporary hemodynamic support systems, used to augment cardiac output. The use of IABP has increased substantially over the decades, despite being expensive. Therefore, this article aims to provide information for the safe effective use of IABP therapy. The article includes the following issues: 1) IABP principles of operation, 2) objectives, indications, and contraindications for the use of IABP, 3) complications of IABP use, 4) weaning and termination of IABP, 5) nursing care for patients treated with IABP, and 6) a case study and nursing care. This article benefits critical care nurses by promoting their competency to accurately assess complications and resolve issues that may arise from using IABP correctly and quickly, as well as being able to provide proper, holistic care for patients treated with IABP.

Keywords: intra-aortic balloon pump, IABP, cardiogenic shock,
acute myocardial infarction treatment, nursing care

¹ Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

² Registered nurse, Surgical Intensive Care Unit, Suranaree University of Technology Hospital

³ Registered nurse, Head of Department, Intensive Care Division, Suranaree University of Technology Hospital

⁴ Master degree nursing student (Adult and Elderly Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author: Chantira@sut.ac.th

บทนำ

ภาวะช็อกจากสาเหตุของหัวใจ (Cardiogenic shock [CS]) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ หัวใจจะบีบตัวและคลายตัวลดลง เกิดภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท นานต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที¹ ภาวะช็อกจากหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งพบได้ร้อยละ 5-15 และเป็นสาเหตุการตายที่สัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI]) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 45-70²⁻³ ภาวะช็อกจากหัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หัวใจขาดเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ จะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือจำเป็นต้องใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic balloon pump [IABP]) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงได้⁴

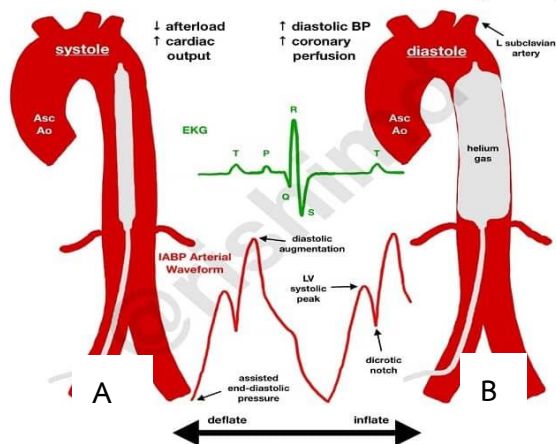
IABP เป็นเครื่องพุงการทำงานของหัวใจชนิดชั่วคราวที่มีการเริ่มใช้มานานกว่าครึ่งศตวรรษ และปัจจุบันถูกใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกจากหัวใจ⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ IABP จะช่วยเพิ่มความดันกำซาบไปยังกล้ามเนื้อหัวใจขณะหัวใจคลายตัว และช่วยลดแรงต้านขณะมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Afterload) เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที โดยสามารถเพิ่มได้ถึง 1 ลิตรต่อนาที ซึ่งการทำงานของ IABP จะเป็นการประสานระหว่างการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายและการเปิดปิดของลิ้นหัวใจเอออร์ต⁵⁻⁷ พยาบาลในหน่วยงานวิกฤตที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วเท่านั้นเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ พยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤตต้องมีความรู้และความเข้าใจหลักการทำงานของเครื่องพุงการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ ตลอดจนมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย IABP ทุกระยะของการรักษาได้อย่างเหมาะสมและเป็นองค์รวม⁸⁻⁹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน (Up-to-date relevance empirical evidence) ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) หลักการทำงานของ IABP 2) วัตถุประสงค์ ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ IABP 3) ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ IABP 4) การหย่าและการเลิกการทำงานของ IABP 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย IABP และ 6) ตัวอย่างกรณีศึกษาและการพยาบาล

หลักการทำงานของ Intra-Aortic Balloon Pump (IABP)

เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตาอาศัยหลักการทำงานของ Counter pulsation ซึ่งบอลลูนโป่ง (Inflate) และแฟบ (Deflate) สัมพันธ์กับระยะ Diastole และ Systole โดยตำแหน่งของ Balloon จะอยู่บริเวณ Thoracic aorta^{5,10} (ดังภาพที่ 1)

INTRA-AORTIC BALLOON PUMP (IABP)



ภาพที่ 1 แสดงตำแหน่งการใส่ IABP

A : เมื่อบอลลูนแฟบลง เกิดการลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output)

B : เมื่อโป่งบอลลูน จะทำให้ความดันในระยะ Diastolic เพิ่มขึ้น และเพิ่มออกซิเจนให้กับกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด (Coronary perfusion)

(ที่มา: Rishi Kumar¹¹)

หลักการทำงานของ IABP อธิบายได้ดังนี้

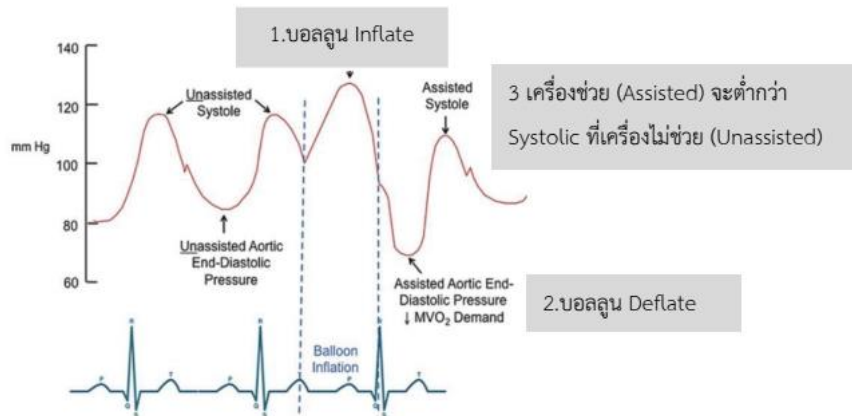
การเกิด Afterload reduction (ภาพที่ 1A) : เกิดจากการดูดแก๊สออกจากบอลลูน ทำให้บอลลูนแฟบ (Deflation) ซึ่งจะแฟบทันทีที่ Aortic Valve เปิด ในช่วงหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Ventricular systole) ส่งผลให้เกิดการลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Ventricular afterload) ซึ่งเป็นการลดการใช้ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มประสิทธิภาพการไล่เลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายผ่านลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Increase cardiac output) ซึ่งช่วยบรรเทาภาวะช็อกที่เกิดจากลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วเฉียบพลัน และผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างทะลุจากการขาดเลือด^{6,7}

การเกิด Cardiac output enhancement : การทำงานของ IABP สามารถเพิ่ม Cardiac output ได้มากถึง 1 ลิตร ค่ากลางความดันหลอดเลือดแดง (Mean arterial pressure [MAP]) จะสูงขึ้น โดยจะให้ผลสูงสุดในผู้ป่วยที่มี Cardiac output ต่ำ¹⁰

การเกิด Diastolic augmentation (ภาพที่ 1B) : เป็นการเพิ่มความดันในระยะ Diastolic โดยการ Inflate helium gas เข้าไปในบอลลูนทำให้ความดันใน Intra-Aortic สูงขึ้น มีผลทำให้เลือดที่ถูกฉีดออกมาจากหัวใจที่อยู่ในหลอดเลือดเอออร์ตา เคลื่อนที่ไปยังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้เป็นการเพิ่มออกซิเจนให้กับกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด¹⁰ การเพิ่มความดันที่ได้รับจากการโป่งของบอลลูน (Inflate) หมายถึง Augmentation การที่บอลลูนโป่ง จะเกิดขึ้นในระยะ Diastole และจะเกิดขึ้นภายหลัง Aortic valve ปิดทันที ซึ่งตรงกับจุด Dicrotic notch ของ Wave A-line การโป่งอย่างรวดเร็วของบอลลูน ทำให้เพิ่มความดันในเส้นเลือดแดงเอออร์ตา ปริมาณเลือดทางด้าน Proximal จะไหลย้อนไปที่ Aortic root และเคลื่อนที่ไปยังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary circulation) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น และเลือดยังสามารถไปเลี้ยงสมองและแขนผ่านทางเส้นเลือด Left common carotid artery และ Left subclavian artery ในขณะเดียวกันปริมาณเลือดส่วนล่างของบอลลูนก็จะทำให้เพิ่ม Systemic blood flow ไปเลี้ยงไต ลำไส้ และอวัยวะส่วนปลาย⁶

การประเมินลักษณะ Waveform

บทบาหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่ดูแลเครื่อง IABP คือ การอ่าน Waveform ของเครื่อง IABP ที่มีผลต่อ Arterial waveform เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่าง Waveform ตลอดจนการอ่านและวิเคราะห์ (ภาพที่ 2)

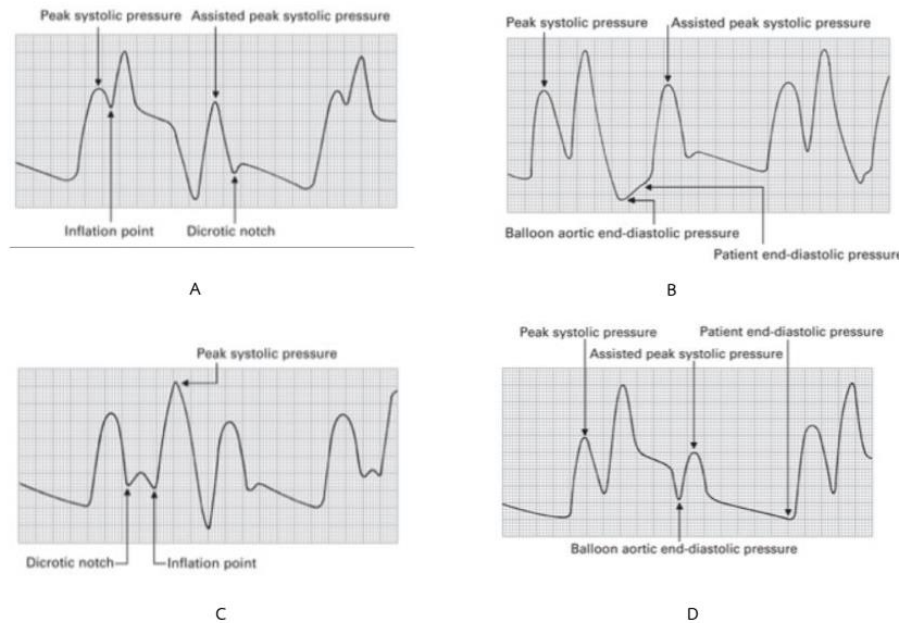


ภาพที่ 2 ตัวอย่าง Waveform
(ที่มา Patterson et al.¹²)

จากภาพที่ 2 ตัวอย่าง Waveform เป็นการ Setting frequency 1:2 หมายถึงบอลลูนจะ Inflate 1 ครั้งใน 1 Cardiac cycle และ เว้น 1 Cycle สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. การโป่งของบอลลูน (Inflation) จะเกิดขึ้นตรงกับ Dicrotic notch เกิด Diastolic augmentation เพื่อเพิ่ม Coronary perfusion
2. การแฟบของบอลลูน (Deflation) จะทำให้เกิด End-diastolic pressure ที่ต่ำลง
3. Systolic peak ในส่วนที่เครื่องช่วย (Assisted) จะต่ำกว่า Systolic ที่เครื่องไม่ช่วย (Unassisted) Waveform ที่ผิดปกติ

ความผิดปกติของ Waveform ทุกชนิดส่งผลต่อ Cardiac output ของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤตจะต้องมีความไวในการสังเกตความผิดปกติของ Waveform และสามารถรายงานแพทย์ให้ทราบถึงความผิดปกติดังกล่าว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ภาพที่ 3 แสดง Waveform ที่ผิดปกติ



ภาพที่ 3 แสดง Waveform ที่ผิดปกติ

A : Early inflation จะพบ Inflation point ก่อน Dicrotic notch

B : Early deflation จะพบ U wave และ Peak systolic pressure ต่ำกว่าหรือเท่ากับ Assisted peak systolic pressure

C : Late inflation จะพบ W shape

D : Late deflation จะพบ Peak systolic pressure สูงกว่า Assisted peak systolic pressure

(ที่มา: Nursing 2022¹³)

ภาพที่ 3 การ Inflate ก่อนที่ Aortic valve จะปิดสนิท หรือก่อน Dicrotic notch เรียกว่า Early Inflation (ภาพ 3-A) จะมีผลทำให้ Stroke volume และ Cardiac output ลดน้อยลง และจะทำให้เหลือน้ำเลือดใน Left ventricle มากขึ้น ส่วนการที่บอลลูนแฟบก่อนที่หัวใจจะบีบตัว เรียกว่า Early deflation (ภาพ 3-B) จะมีผลทำให้ Afterload ลดน้อยลง หัวใจสูบฉีดเลือดได้ลำบากขึ้น และการ Inflate ภายหลังที่ Aortic valve ปิดไปแล้ว เรียกว่า Late inflation (ภาพ 3-C) จะมีผลทำให้มีเลือดไหลกลับไปยังหัวใจน้อยลง ทั้งจำนวนและแรงดัน และถ้าทำให้บอลลูนแฟบเข้าไปหรือเกิดขึ้นหลังจากการที่หัวใจเริ่มบีบตัวที่เรียกว่า Late deflation (ภาพ 3-D) จะมีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาจเกิดการเสียหายและเซลล์กล้ามเนื้อตายได้¹³

ข้อบ่งชี้ในการใช้ Intra-Aortic balloon pump

ปัจจุบันมีการศึกษาการใช้ Intra-Aortic balloon pump ในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้จริง ในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตายขนาดใหญ่ที่มีการขาดเลือดอย่างต่อเนื่องหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน สามารถลดอัตราการตายที่ 6 เดือน จากร้อยละ 24 เหลือร้อยละ 0⁷
2. กลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ ทั้งใช้และไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม สามารถลดอัตราการตายในโรงพยาบาล¹⁴⁻¹⁵

3. กลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบายพาสหัวใจโดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ในผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของห้องหัวใจล่างซ้ายต่ำกว่าร้อยละ 35 สามารถลดอัตราการตายที่ 30 วัน จากร้อยละ 8.5 เหลือร้อยละ 1.6¹⁶

4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจที่รักษาด้วยเครื่องแลกเปลี่ยนออกซิเจนนอกร่างกาย (Extracorporeal Membrane Oxygenation [ECMO]) สามารถลดอัตราการตายได้¹⁷ ในปัจจุบันมีการใช้ IABP ร่วมกับ ECMO สามารถช่วยลดอัตราการตายได้เมื่อเทียบกับการใช้ ECMO อย่างเดียว จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิณของ Li et al.¹⁸ ที่ศึกษาจำนวน 29 เรื่อง ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย IABP เพียงอย่างเดียว (2,285 คน) และ IABP ร่วมกับ ECMO (2,291 คน) พบว่าการใช้ IABP ร่วมกับ ECMO ช่วยลดอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 0.90; 95% CI = 0.85-0.95; P < 0.0001) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก IABP ช่วยลด Afterload ที่เกิดจากแรงส่งเลือดจาก ECMO ในขณะที่ ECMO ช่วยในการพุงระบบไหลเวียนเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ Low cardiac output มากจน IABP ไม่สามารถช่วยได้เพียงพอ และในการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้ ECMO ร่วมกับ IABP สามารถช่วยให้ลิ้นหัวใจเอออร์ติกที่ปิดตลอดเวลาจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ดี กลับมาเปิดออกได้เมื่อมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง

ข้อห้ามในการใช้ IABP⁶

การใช้ Intra-aortic balloon pump มีประโยชน์ในการช่วยพุงการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต อย่างไรก็ตามมีข้อห้ามใช้ IABP ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบางประการ ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดเอออร์ตาโป่งพอง และมีการฉีกของผนังชั้นในหลอดเลือด (Aortic dissection or aneurysm) ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดแตกได้ขณะใส่ IABP
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่วระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Moderate – severe aortic regurgitation)
3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา Severe Coagulopathy
4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่รุนแรง (Severe peripheral artery disease) ควรดใช้ตำแหน่งการแทงบริเวณขาหนีบ
5. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือโรคที่ไม่สามารถรักษาได้

การหย่าและการ Off เครื่อง IABP⁶

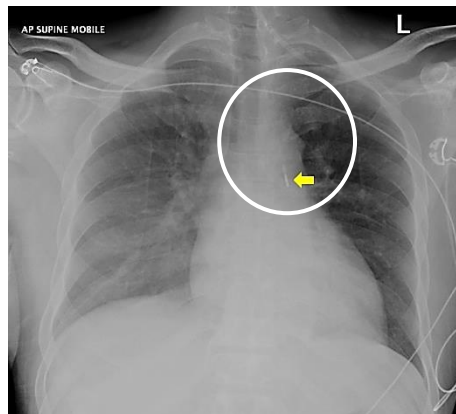
สามารถเริ่มหย่าเมื่อหมดข้อบ่งชี้ และ Hemodynamic ของผู้ป่วยเริ่มคงที่โดยใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจในขนาดที่ไม่สูง การลดอัตราความถี่ของการช่วย (Frequency ratio) โดยทั่วไปอัตราความถี่ของการช่วยจะตั้งไว้ 1:1 เมื่อผู้ป่วยมี Hemodynamic คงที่ 4-6 ชั่วโมงหลังลด Inotropic drug เหลือ 3 - 5 mcg/kg/min แพทย์จะปรับลดอัตราความถี่ของการช่วยเป็น 1:2 และ 1:3 ตามลำดับนั้นคือเครื่องจะช่วยน้อยมาก การลดปริมาณของ Gas ที่ใส่ในบอลลูน (Augmentation volume) โดยทั่วไปปริมาณ Gas ที่ใส่ในบอลลูนไว้ 100% แพทย์จะค่อย ๆ ลดปริมาตร Gas ที่ใส่ในบอลลูนทีละน้อย (ครั้งละ 20%) ปริมาตรของเลือดที่ถูกแทนที่โดยลูกโป่งจะลดลงทีละน้อย ถ้า Hemodynamic ดี แพทย์จะ Wean ต่อ โดยไม่แนะนำให้ลด Augmentation ต่ำกว่า 50% เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดรอบบอลลูน⁶ การ Off IABP เริ่มจาก Stand by เครื่องชั่วคราวไม่เกิน 30 นาที ปลดสายก๊าซและดูดก๊าซฮีเลียมในบอลลูนผ่าน One-way valve ออกจนหมด ใช้มือกดหลอดเลือดแดงต้นขาจนไม่สามารถคลำ

Pulse dorsalis pedis ได้ จึงดึง IABP catheter ออก ปล่อยให้เลือดพุ่งออกจาก Puncture site ที่ Femoral artery เพื่อไล่ลิ่มเลือด จากนั้นใช้มืออีกข้างกด Femoral artery ตำแหน่ง Proximal ของ Puncture จนเลือดหยุดกุดต่อเนื่องนาน 15 - 30 นาที แล้วใช้ผ้า Gauze ปิด Pressure แรงเพียงพอที่จะห้ามเลือดแต่ยังสามารถคลำชีพจรตำแหน่ง Dorsalis pedis ได้ ภายหลังนำสายออกผู้ป่วยยังคงห้ามงอขาข้างนั้นนาน 4 - 6 ชั่วโมง⁶

ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ IABP

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลักมี 4 ปัจจัยคือ เพศหญิง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง CS และระดับ Creatinine ที่สูงขึ้น รยางค์ขาดเลือด (Limb Ischemia) พบได้บ่อยสุดร้อยละ 3 - 5 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใส่สายสวน โดยมีปลอกนำทาง (Sheath) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Peripheral vascular disease เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Limb Ischemia มากถึง 35 เท่า⁶ ปัจจุบันมีการใส่ IABP แบบไม่มีปลอกนำทางเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ พยาบาลต้องทำการบันทึกและสังเกตการไหลเวียนเลือดของขาทั้ง 2 ข้าง โดยการประเมินชีพจร สัมผัส และอุณหภูมิทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่มีการใส่สายสวนมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการใส่ และมีการศึกษาพบว่า การใส่ IABP มีผลทำให้ความเข้มข้นเลือด (Hemoglobin) ลดลงตั้งแต่ 3 กรัมต่อเดซิลิตร หรือต้องได้รับโลหิต¹⁹ การพยาบาลคือ การสังเกตเลือดออก หรือ Hematoma จาก puncture ติดตาม Coagulation, Platelet count
2. เส้นเลือดที่อุดตันเนื่องจาก ตำแหน่งของสายบอลูนเลื่อนต่ำลงจนทำให้ปิด Renal arteries หรือ Mesenteric arteries ทำให้เกิดอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด การติดตามภาพถ่ายรังสีของทรวงอกทุกวัน เพื่อดูตำแหน่งของ IABP catheter ตำแหน่งที่เหมาะสมของปลายสายจะอยู่บริเวณ Intercostal space ที่ 2 - 3



ภาพที่ 4 แสดงตำแหน่งปลายสาย IABP catheter
(ที่มา Gibney et al.²⁰)

3. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เกิดจากการโป่งแฟบของบอลูนกระทบกับส่วนประกอบของเลือดโดยเฉพาะ Platelet พยาบาลต้องประเมินภาวะ Bleeding ที่ออกจากบริเวณแทงสาย IABP หรือไม่ มีภาวะ Bleeding แต่สังเกตพบ Petechiae ตามขาและร่างกาย ถ้า Platelet count < 100,000 cell/mm³ อาจต้องให้ Platelet ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ภาวะติดเชื้อจากการคายสวนทางหลอดเลือดแดงไว้ พบได้กรณีใส่สายสวนไว้นาน เมื่อเกิดอาการ Sepsis แล้วทำให้อัตราตายสูงขึ้น พยาบาลต้องติดตามดูอุณหภูมิของผู้ป่วย และติดตามผล CBC เพื่อประเมิน WBC ตามแผนการรักษา ให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา งดการดูดเลือดจาก Arterial line

5. Embolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด) เกิดจากมี Embolization ของ Platelet เกาะรวมตัวกัน แล้วหลุดจากผิวของบอลลูน หลุดไปยังเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง กระเพาะ ไต สมอ ขา ทำให้เกิดอัมพาตได้ การพยาบาลที่สำคัญคือ ประเมินระดับความรู้สึกตัว บันทึกและสังเกตการไหลเวียนเลือดของขาทั้ง 2 ข้าง โดยการประเมินชีพจร สีผิว และอุณหภูมิ ขณะใส่สายสวนทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

6. ภาวะบอลลูนแตกซึ่งพบได้น้อย พบมีเลือดในสายแก๊ส หรือระบบเตือนว่ามีการรั่วของแก๊สในระบบการทำงานของเครื่อง มีผลทำให้เกิด Embolization จาก Gas Helium ได้ทำให้ฟองอากาศหลุดไปอุดตันหลอดเลือด (Air embolism) เกิด Cerebrovascular accident อาจทำให้เสียชีวิตได้ สาเหตุเกิดจากพื้นที่ผิวบอลลูนบางจากการใช้มานาน หรือเลือกใช้ขนาดของบอลลูนไม่เหมาะสม พยาบาลต้องสังเกตค่า Diastolic augment pressure ที่สูงขึ้น และมี Alarm เตือน High – balloon filling pressure และจะสังเกตพบว่า มีเลือดย้อนเข้ามาในสาย Gas helium ต้องทำการหยุดเครื่องทันที และรายงานแพทย์เพื่อ Off สาย IABP

7. สภาพจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง อาจมีความสับสน หรือวิตกกังวลจากความไม่สุขสบาย ความปวดการถูกจำกัดให้นอนท่าเดิม นอนนิ่งๆ และเสียงดังที่รบกวนจากเครื่องที่ Pump ตลอดเวลา ดังนั้น การให้ข้อมูลขั้นตอนการดูแลอย่างละเอียด ความก้าวหน้าของการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การอยู่กับผู้ป่วยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัว ไว้วางใจ สามารถพักผ่อนได้ เกิดความร่วมมือจนสิ้นสุดการรักษา

จุดเด่นและข้อจำกัดของการบำบัดด้วย IABP

IABP เป็นเทคโนโลยีช่วยการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันนำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยภาวะช็อกจากหัวใจ รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการผ่าตัดหัวใจทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด ซึ่งมีจุดเด่น คือ ขนาดสายสวนที่ใส่เข้าทางหลอดเลือดแดงส่วนปลายนั้นมีขนาดเล็กมากเมื่อเทียบกับอุปกรณ์พุงระบบไหลเวียนโลหิตชนิด ECMO นอกจากนี้ วิธีการใส่สายสวน IABP สามารถใส่ผ่านผิวหนังได้โดยไม่ต้องทำการผ่าตัด จึงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว⁶ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการบำบัดด้วย IABP คือ ไม่สามารถทำได้ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหา Cardiac output ต่ำมาก ซึ่งอาจต้องบำบัดด้วย ECMO แทน หรือใช้เครื่องมือทั้ง 2 อย่างร่วมกัน⁶ จุดอ่อนอีกประการคือ หากใช้ IABP ในผู้ป่วยที่มี Atherosclerosis อาจทำให้เกิดภาวะ Peripheral embolization กับผู้ป่วยได้ IABP เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงกับหลอดเลือดแดง Iliac artery กรณีที่ใส่ยากหรือใส่ไม่ได้ทำให้หลอดเลือดแดงปริแตกได้ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือแม้แต่การปรับ Timing Inflate และ Timing deflation ที่ไม่ถูกต้องจะเป็นการเพิ่มภาระหัวใจทำงานหนักมากขึ้น⁶

กรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย IABP

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป ศาสนาพุทธ ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดนครราชสีมา วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 9 กันยายน 2563 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Cardiogenic shock with Acute kidney injury (ช็อกจากหัวใจร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน) การวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด Cardiogenic shock secondary to severe mitral regurgitation with single

vessel disease with Acute kidney injury (โรคเส้นหัวใจไมตรัลรั่ว ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะไตวายเฉียบพลัน)

อาการสำคัญ : เจ็บอก เหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บแปลบที่ลิ้นปี่ คล้ายอาหารไม่ย่อย เหนื่อย ไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ฉีดยาลดกรดมารับประทาน อาการทุเลาลง แต่มีอาการเรอเปรี้ยว เป็นพัก ๆ รับประทานอาหารไม่ได้ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบและเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหมอน 2 - 3 ใบ ต่อมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บที่ข้อมือมาก ร้าวไปที่ท้ายทอย และไหล่ทั้ง 2 ข้าง เหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history) : ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรมในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคมะเร็ง

ปัญหาและการรักษาที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาล : ขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Semi-coma), Vital signs แกร็บ T = 36.8, P = 124 ครั้ง/นาที R = 24 ครั้ง/นาที (ลักษณะหอบลึก) BP = 85/50 mmHg, SaO₂ = 88% แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ With pressure control ventilation (PCV) mode, on C-line at Rt. Internal jugular, on A-line at Lt. RA, ได้รับยา Vasopressin คือ Norepinephrine 8 mg + 5%DW up to 100 ml IV 0.26 mcg /kg/min, film chest พบ Pulmonary congestion both lungs with cardiomegaly, Echocardiogram ผลพบ LV systolic poor function with reduced EF 32%, sever mitral valve regurgitation with single vessel disease ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic shock ร่วมกับ AKI มีปัสสาวะออก 15-20 ml/hr. แพทย์พิจารณาใส่เครื่อง IABP at bed side โดยใส่สายสวนบริเวณ Lt. femoral artery setting Trigger by EKG Frequency 1:2 Augmentation 100% ส่งผู้ป่วยผ่าตัด 9 กันยายน 2563 Operation Mitral valve replacement with coronary artery bypass graft 1 เส้น At left anterior descending coronary artery (LAD) (การผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจไมตรัลร่วมกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ)

ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิด Mitral โดยใช้ Mechanical valve และทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 1 เส้น วันแรกของการผ่าตัด มีการใช้เครื่อง IABP setting auto mode Trigger by EKG Frequency 1:1 Augmentation 100% โดยใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดงใหญ่ขาหนีบข้างซ้าย (Femoral artery) ไม่มีเลือดซึม ใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมให้ผู้ป่วยทั้งหมด (PCV mode) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่รู้สึกตัวจากการได้ยาระงับปวดและยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประเมินระดับความรู้สึกตัว E1VTM1, pupil 2 min มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกมีเลือดซึมบริเวณขอบแผลด้านบนแผลและใส่สายระบายทรวงอก 3 เส้น มีสายวัดความดันของหลอดเลือดแดงโดยตรง (Arterial line) บริเวณข้อมือซ้าย มีสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) ที่คอขวาไม่มีเลือดซึม ปลายมือทั้งสองข้างอุ่น ปลายเท้าทั้งสองข้างอุ่น คลำชีพจรปลายเท้าตำแหน่ง Dorsalis pedis ได้แรงดีทั้งสองข้าง Capillary refilling time 2 วินาที ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปัสสาวะคาสาย

ยาที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ : Norepinephrine 0.5 mcg/kg/min, Dobutamine 3 mcg/kg/min, 5%DN/5 500 ml. IV 50 ml/hr., Meropenem 2 gram + NSS 100 ml. IV drip in 3 hr., 7.5% NaHCO₃ 1 ampule IV push

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial blood Gas) เท่ากับ pH 7.42 PaCO₂ 38.6 mmHg, PaO₂ 150 mmHg, HCO₃ 25 mmol, BE 1.2, ScVO₂ 81.3 % ค่าการแข็งตัวของ

เลือด INR 1.4, PTT 34.4 sec, Platelet 176,000 cells/mm³, WBC 24,700 cells/mm³, Neutrophil 87%, BUN 25.1 mg/dl, Cr 1.65 mg/dl, Na 142 mmol/L, K 4.11 mmol/L, Ca 7.75 mg/dl, PO₄ 5.7 mg/dl, DTX 149 mg%

สัญญาณชีพและระบบการไหลเวียนเลือด (Hemodynamic): T = 35.5 องศาเซลเซียส EKG sinus tachycardia, HR = 122 bpm, RR = 14 bpm, ค่าความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 110-115/38-42 mmHg, MAP 70-75 mmHg, SaO₂ = 100 % ค่าความดันในหลอดเลือดดำกลาง 8 mmHg บันทึก IABP ค่าความดันจากเครื่อง IABP 86-94/40-46 mmHg MAP 71-77 mmHg, Augmentation 121-129 mmHg

ข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากการตั้งเครื่อง IABP ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลงจากการตั้งเครื่องไม่เหมาะสม
แผนการพยาบาล :

1. บันทึกสัญญาณชีพ MAP, CVP (Central venous pressure), CO (Cardiac output), CI (Cardiac index) ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง

2. บันทึกค่า Setting mode, Trigger, Frequency, Augmentation ของเครื่องทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และค่าความดันต่าง ๆ ที่อ่านได้จากเครื่องทุก 1 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น EKG ค่าความดันที่เครื่องช่วย (Assisted) ค่าความดันที่เครื่องไม่ช่วย (Un assisted) ค่า Mean ค่าความดัน Augmentation และบันทึก Strip waveform วัฏเวรละ 1 ครั้งและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ หากพบ Waveform ที่ผิดปกติ

3. สังเกตและบันทึกการตั้ง Timing Inflate และ Timing deflation ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีจังหวะการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลง (กรณีตั้ง Mode auto เครื่องจะสามารถปรับตาม EKG ได้เอง)

4. ติดตามสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้กราฟชัดเจน และแผ่น Electrode ติดแนบกับผิวหนัง เพราะเครื่องทำงานตามจังหวะการเต้นของหัวใจ

5. รายงานแพทย์เมื่อสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

6. สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก ถ้ามีอาการเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากขึ้น

7. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยสังเกตอาการทางระบบประสาทว่าไม่มีการสับสนหรือกระสับกระส่าย

8. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

9. ดูแลให้ยา Heparin ตามแผนการรักษาและติดตามผล Coagulogram

10. ติดตามผล X-ray ทุกวันเพื่อประเมินตำแหน่งของสาย IABP ที่ถูกต้อง

11. จัดท่าปรับศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันสาย Catheter บริเวณขาหนีบหักพับงอ พร้อมติดตั้งป้ายจำกัด Position ไว้หัวเตียง สามารถพลิกตะแคงตัวได้ปกติโดยดูแลขาข้างที่มีสายสวนให้เหยียดตรง

12. ดูแลให้ยาและปรับขนาดยากระตุ้นหัวใจ (Inotrope) และยาหดหลอดเลือด (Vasopressin) ตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมี Hemodynamic ที่ดี

13. ตรวจสอบจำนวนปัสสาวะ สีผิวและอุณหภูมิร่างกาย ABG SVcO2 เพื่อประเมิน Cardiac output ที่เพียงพอ

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีเลือดไปเลี้ยงขาส่วนปลายน้อยเนื่องจากมีสายสวนคาวอยู่หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด

แผนการพยาบาล :

1. บันทึกและสังเกตการไหลเวียนเลือดของขาทั้ง 2 ข้าง โดยการประเมินชีพจร สีผิว และอุณหภูมิขณะใส่สายสวนทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ
2. ประเมินชีพจร Capillary filling time, Homan's sign อุณหภูมิผิว สีผิว และอาการบวม (ประเมินตั้งแต่ขาหนีบจนถึงเท้า) สังเกตขนาดของน่องทั้งสองข้าง วัดเส้นรอบวงของน่องทุกวันในตำแหน่งเดิมเปรียบเทียบขนาดที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ห้ามผู้ป่วยและญาติเดินขาหรืออุ้มขาแรง ๆ เพราะอาจทำให้ลิ่มเลือดหลุดลอยไปในกระแสเลือดเกิด Embolization ได้
4. ติดตาม Lab Coagulation, Platelet count
5. จัดทำปรับศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา สามารถพลิกตะแคงตัวได้ปกติ
6. หากมีการหยุดการทำงานของบอลลูนเกิน 30 นาที ควรพิจารณา Off IABP เพราะการหยุดเครื่องนาน เลือดจับตัวเป็นก้อนบริเวณบอลลูน มีโอกาสที่จะทำให้ลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันเส้นเลือดของอวัยวะที่สำคัญได้

ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากมีสายสวนคาวอยู่ในหลอดเลือดแดง

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อจากการใส่สายสวน

แผนการพยาบาล :

1. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC
2. วัดอุณหภูมิผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง
3. ให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา
4. ให้การดูแล Invasive line ตามมาตรฐาน CLABSI bundle
5. งดการดูดเลือดจาก Aortic line ที่ใช้สำหรับหล่อ Normal saline ที่ปลายสาย Balloon
6. ติดตามประเมินแผลบริเวณที่ใส่สายสวน บวม แดง ร้อน และทำความสะอาดบริเวณที่ใส่สายทุกวันและทุกครั้งที่สกปรกหรือมีเลือดซึม

วิเคราะห์ผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาจำลองได้รับการบำบัดด้วย IABP เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากหัวใจ การบำบัดด้วย IABP เป็นการพุงระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มการกำซาบของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่ม Cardiac output แก้ไขภาวะช็อกและภาวะไตวายเฉียบพลัน สาเหตุของปัญหาคือภาวะ Severe mitral valve regurgitation with single vessel disease ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอส่งผลให้อวัยวะสำคัญ เช่น ไตขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดไตวายเฉียบพลัน หลังการใส่เครื่อง Intra-Aortic balloon pump และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมี Hemodynamic คงที่สามารถลดยากระตุ้นหัวใจ (Inotrope) และยาตีบหลอดเลือดได้ (Vasopressin) Mean blood pressure > 70 mmHg, Systolic pressure > 100 mmHg, Cardiac index > 2.2 L/min/m² ซึ่งแสดงถึงการมี left

Ventricular function ที่ดีและมีความคงที่ แพทย์จึงพิจารณาหยาเครื่อง IABP โดยการลดความถี่ของเครื่องที่ช่วย โดยหลังผ่าตัดตั้งไว้ 1:1 (หมายถึง บอลลูนจะ inflate ทุกครั้งในแต่ละ Cardiac cycle) ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด เริ่มลดความถี่เป็น 1:2 (หมายถึงบอลลูนจะ inflate 1 ครั้งใน 1 Cardiac cycle และ เว้น 1 cycle) และลด Augmentation ครั้งละ 10 % จนถึง 60 % ซึ่งหลังการลดผู้ป่วยมี Hemodynamic stable รู้สึกตัวดี ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเจ็บแน่นหน้าอก ปลายมือเท้าอุ่นดี แพทย์พิจารณา Off Intra-Aortic balloon pump ซึ่งระหว่างการดูแลพยาบาลได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการใส่และหลังใส่เครื่อง IABP พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่อง และสามารถ Off IABP ได้ในเวลาต่อมา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องใช้เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Intra-aortic balloon pump) เพื่อพยุงระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย เพื่อการรักษาและการผ่าตัดที่เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาทำให้อาการทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องเฝ้าระวังในเรื่องการไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) การปรับลดยา Inotropic drug ในระยะเวลาที่เหมาะสมต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในระหว่างที่ได้รับการบำบัดด้วย IABP และช่วง ที่หยาเครื่อง ในส่วนของตำแหน่งของสายก็มีความสำคัญที่พยาบาลต้องติดตามจากผลเอกซเรย์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สุขสบาย พยาบาลต้องดูแลในการเปลี่ยนแปลงท่านอน หรือผู้ป่วยเองมีการงอขาขยับตัวร่วมด้วย อาจทำให้สายสวนเลื่อนหลุด การบำบัดด้วย IABP ต้องพิจารณาถึงข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้อย่างถี่ถ้วน ตลอดจนมีความเข้าใจหลักการทำงานที่ถูกต้อง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอีกทั้ง IABP เป็นเทคโนโลยีที่สามารถพบได้เฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องได้รับการดูแลโดยทีมแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความชำนาญ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนต้องมีการเตรียมความพร้อมของทีมผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและภาวะเลือดออกผิดปกติซึ่งพบได้บ่อยและมีความซับซ้อนในการรักษา¹⁸ พยาบาลต้องสามารถประเมินและให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้วสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติให้คลายความกังวล

เอกสารอ้างอิง

1. อนุแสง จิตสมเกษม. ภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ. วารสารเวชบำบัดวิกฤต 2560;25:23-36.
2. Generoso TP, Moura Júnior LA, Muramoto G, Assad RS. Intra-aortic balloon pump in cardiogenic shock: State of the art. Rev Col Bras Cir 2017;44:102-6. doi:10.1590/0100-69912017001006.
3. Thiele H, Ohman EM, Desch S, Eitel I, de Waha S. Management of cardiogenic shock. Eur Heart J 2015; 36:1223-30. doi: 10.1093/eurheartj/ehv051.
4. Combes A, Price S, Slutsky AS, Brodie D. Temporary circulatory support for cardiogenic shock. Lancet 2020; 396:199-212. doi:10.1016/S0140-6736(20)31047-3.

5. Huu AL, Shum-Tim D. Intra-aortic balloon pump: Current evidence & future perspectives. *Future Cardiol* 2018;14:319-28. doi:10.2217/fca-2017-0070.
6. ชีรพงศ์ โตเจริญโชค, พิเชษฐ์ เลิศปิ่นณะพงษ์. การใช้เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเออร์ตา. *เวชบันทึกศิริราช* 2021;14:19-29.
7. Van NL, Noc M, Kapur NK, Patel MR, Perera D, Pijls NH. Usefulness of intra -aortic balloon pump counter pulsation. *Am J Cardiol* 2016;117:469-76.
8. นารินทร์ สกฤตสิทธิ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะหัวใจวายและใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2559;33:147-56.
9. Asber SA, Shanahan KP, Lussier L, Didomenico D, Davis M, Eaton J, et al. Nursing management of patients requiring acute mechanical circulatory support devices. *Crit Care Nurse* 2020;40:e111. doi:10.4037/ccn2020764.
10. Correia GDA, Feng ZX. Role of IABP in clinical practice: A review. *Eur J Pharm Med Res* 2017;4:96-100.
11. Rishi K. What is an Intra-aortic balloon pump (IABP)? [Internet]. 2017 [cited 2021Nov 15]. Available from: <https://rk.md/2017/intra-aortic-balloon-pump-arterial-line-ekg-waveforms/>
12. Patterson T, Perera D, Redwood SR. Intra-aortic balloon pump for high-risk percutaneous coronary intervention. *Circ Cardiovasc Interv* 2014;7:712–20.
13. Nursing 2022. Interpreting intra-aortic balloon pump waveforms [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 1]. Available from: Interpreting intra-aortic balloon pump waveforms: Nursing2022 (lww.com)
14. Pilarczyk K, Boening A, Jokob H, Langebartels G, Markewitz A, Haake N, et al. Preoperative Intra-aortic counterpulsation in high-risk patients undergoing cardiac surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials dagger. *Eur J Cardiothorac Sur* 2016;49:5-17. doi:10.1093/ejcts/ezv258.
15. Poirier Y, Voisine P, Plourde G, Rimac G, Barria PA, Costerousse O, et al. Efficacy and safety of preoperative Intra–aortic balloon pump use in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2016;207:67-79. doi:10.1016/j.ijcard. 2016.01.045.
16. Yang F, Wang J, Hou D, Xing J, Liu F, Xing ZC, et al. Preoperative Intra-aortic balloon pump improve the clinical outcomes of off -pump coronary artery bypass grafting in left ventricular dysfunction patients. *Sci Rep* 2016;6:27645. doi:10.1038/srep27645.
17. Aso S, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H .In-hospital mortality and successful weaning from venoarterial extracorporeal membrane oxygenation :Analysis of 5,263 patients using a national inpatient database in Japan .*Crit Care* 2016;20:1-7. doi:10.1186/s13054-016-1261-1.

18. Li Y, Yan S, Gao S, Liu M, Lou S, Liu G, et al. Effect of an Intra – aortic balloon pump with venoarterial extracorporeal membrane oxygenation on mortality of patients with cardiogenic shock: A systematic review and meta-analysis dagger. *Eur J Cardiothorac Sur* 2019; 55:395-404. doi:10.1093/ejcts/ezy304.
19. จูติมา หลิมเจริญ และเอกราช อริยะชัยพาณิชย์. ภาวะแทรกซ้อนของเครื่องพุงหัวใจและระบบไหลเวียนด้วยบอลูนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก. *จุฬารายการศาสตร์* 2562;32:75-90.
20. Gibney B, Ryan J, Murphy A, Gillespie C, Ridge C. Radiological imaging of the Intra-Aortic Balloon Pump; positioning and associated complications [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 15]. Available from: <https://epos.myesr.org/poster/esr/ecr2018/C-0028>

ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชลียา วามะลุน ปร.ด.^{1*}, เพชรไทย นิรमानสกุลพงศ์ พ.บ.¹, โสภิต ทับทิมหิน ส.ด.²,
กัญญณิชา อนเนกบุญ พ.บ.², เพชรเมณี บุญฉวี พ.บ.², พิมพ์สา มรกตเขียว พ.บ.³

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อประชาชนอย่างมาก การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 1 ถึง ระลอกที่ 3 กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือผู้รับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 300 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเครียด (ST- 5) และ 3) แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ร้อยละ 12 มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าร้อยละ 54 สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในระดับน้อยขึ้นไปถึงระดับรุนแรงพบได้ ร้อยละ 19 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดในประเทศไทย ระลอกที่ 3 และผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดในประเทศไทยระลอกที่ 1 และ 3 ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย อายุ และระดับความเครียด จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดความเครียด และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ($p < 0.05$) ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง คัดกรองและมีแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจิต เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มเปราะบาง ให้มีพลังใจในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

* Corresponding author email: chaliya_w@yahoo.com

Prevalence of Stress and Depression among Service Recipients at the Ubonratchathani Cancer Hospital During the Covid-19

Pandemic Situation

Chaliya Wamaloon Ph.D.^{1*}, Petthai Niramansakulpong¹,
Sopit Tubtimhin Dr.P.H.², Kunyanich Anekboon B.N.S.²,
Petmanee Boonchawee B.N.S.², Pimpisa Morakotkhew B.N.S.³

Abstract

The COVID-19 pandemic has had a significant impact on public mental health. This cross-sectional analytical study aimed to determine the prevalence and factors associated with the stress and depression among service recipients at the Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Thailand during first, second and third wave of the COVID-19 pandemic situation. The sample selected using purposive sampling comprised 300 service recipients. Instrument included a questionnaire about 1) the demographics, 2) stress (ST5), and 3) depression risk assessment (2Q; 9Q). The data were analyzed by descriptive statistics and ordinal logistic regression. The results of this research showed that the prevalence of stress symptoms was 12% for the moderate to severe level and 54% for the depression risk, while the prevalence of depressive symptoms was 19% for the mild to severe depression level. The multivariate analysis revealed that the most consistent significant factors associated with the stress symptoms were the respondents who received service during the third wave of the COVID-19 pandemic in Thailand and cancer patients. Statistically significant increased risks of depression in service recipients were those respondents who received service during the first and third waves of the COVID-19 pandemic, cancer patients, age, and stress symptoms. From the results of this study, it was concluded that service recipients at the Ubon Ratchathani Cancer Hospital, were different during the pandemic period with regard to the risk of stress and depression. Therefore, there should be surveillance, screening, and mental healthcare guidelines for reducing the impact that could occur in vulnerable groups, so to be able to have the empowerment of a proper livelihood in the situation of the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, stress, depression

¹Registered nurse, Senior professional level, Ubonratchathani Cancer Hospital

²Registered nurse, Professional level, Ubonratchathani Cancer Hospital

³Registered nurse, Practitioner level, Ubonratchathani Cancer Hospital

* Corresponding author email: chaliya_w@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดชื่อสำหรับเรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรียกว่า "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยาของไวรัส (International Committee on Taxonomy of Viruses: ICTV) ได้กำหนดให้ใช้ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 เป็นชื่อทางการของไวรัส เนื่องจากเชื้อชนิดนี้มีความเกี่ยวข้องกับทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส¹

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 มีการระบาดในวงกว้างที่สาธารณสุขรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ผู้ติดเชื้อทั่วโลก วันที่ 9 ตุลาคม 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 36,790,846 ราย เสียชีวิตสะสม 1,067,424 ราย โดยประเทศที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุดยังคงเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา² ในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยจากการศึกษาการประมาณค่าเบื้องต้นตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสในระยะเริ่มต้นการระบาด³ พบว่าค่า Reproductive number (R_0) เป็น 3.8192 ซึ่งมีค่าสูงมาก แต่หลังจากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสเป็นการแพร่ระบาดใหญ่ (Pandemic) จึงมีการล็อกดาวน์ทั้งประเทศในช่วงวันที่ 25 มีนาคม 2563 พบว่า ค่า R_0 ในระยะที่เริ่มพบการติดเชื้อเป็น 2 เท่า มีค่าเท่ากับ 1.1536 หมายถึงตัวเลขการแพร่ระบาดลดลง จากตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความอันตรายของการแพร่ระบาดใหญ่ของ COVID-19 ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 3,081 ราย และผู้เสียชีวิตสะสม 57 ราย² กระทรวงสาธารณสุขสำหรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของจังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 13 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยเฝ้าระวังจำนวน 1,005 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 15 ราย รักษาหายจำนวน 15 ราย⁴ และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันยังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน

จากการระบาดที่ยาวนานคุกคามชีวิตและทุกคนต้องอยู่ภายใต้มาตรการของรัฐในการป้องกันโรค ทำให้ทุกคนเปลี่ยนตนเอง ต้องเว้นระยะห่าง ต้องล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน (Mask) หยุดทำงาน อยู่บ้านนานขึ้น ธุรกิจหยุดชะงัก ในขณะที่ยังไม่มีวัคซีนรักษาโควิด-19 และไม่สามารถตอบได้ว่าการระบาดครั้งนี้ จะดำเนินไปถึงเมื่อไร ส่งผลต่อเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนเกิดความเครียดวิตกกังวลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต คือความกลัว กังวล หวาดระแวงค่อยๆ ก่อตัวขึ้นจิตปรุงแต่งจากความกลัวกลัวตาย ไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก⁵ สังคมเราคงไม่ตายด้วยโควิด-19 แต่จะมีปัญหาสุขภาพจิตไปเสียก่อน โดยจากการสำรวจภาวะเครียด (Stress) ของกรมสุขภาพจิตพบว่าประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดเพิ่มขึ้นและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทาง จิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Depression) เพิ่มขึ้นด้วย⁶ โดยวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตทั้งในประชาชนทั่วไป ผู้ติดเชื้อ ญาติของผู้ติดเชื้อ และญาติผู้เสียชีวิต รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือที่ได้รับผลกระทบ ทั้งนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อมีภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปถึง 2 เท่า⁶⁻⁸

ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป⁹ ความเครียดส่งผลต่อชีวิต แบ่งเป็นสองด้านคือทางกาย เช่น ปวดศีรษะ

ปวดศีรษะข้างเดียว หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือ เท้าเย็น ท้องอืด คลื่นไส้หรือบ่นป่วนในท้อง ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคหัวใจ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า ฯลฯ ความเครียดที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการจัดการหรือบรรเทาลง หรือต้องมีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทุกวัน หากทางระบายออกไม่ได้ จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หรือโรควิตกกังวล (Anxiety disorders)¹⁰ ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ กลัว วิตกกังวลและถูกบีบคั้น ซึ่งเกิดจากที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่า เหตุการณ์ที่เข้ามาเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายอันเป็นผลทำให้สมดุลของร่างกายหรือจิตใจเสียไป¹⁰ ดังนั้นการประเมินเพื่อให้ทราบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติหรือผู้ดูแล ที่จัดได้ว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง¹¹ รวมทั้งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในจุดให้บริการต่าง ๆ เช่น เพิ่มจุดคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนเข้าภายในอาคารของโรงพยาบาลรวมถึงก่อนเข้าหผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลทุกรายต้องได้รับการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) และทำ RT-PCR (Real Time PCR) ในกรณีที่ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด รวมถึงเตรียมผู้ป่วยทุกกรณีและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อ COVID-19 ต้องมีการเลื่อนการรักษาต่างๆออกไป เช่น ผ่าตัด ฉายแสง หรือยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และมาตรการต่างๆ ดังกล่าว ที่ทั้งผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าตามมาได้ อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

จากปัญหาและความสำคัญของผลกระทบดังกล่าว การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จึงได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของ COVID-19 และเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนป้องกันและดูแลภาวะสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจ เต็มเปี่ยมด้วยพลัง สามารถปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบในการวิจัยครั้งนี้ มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{7,12-15} เกี่ยวกับสถานการณ์ ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019) ระลอกที่ 1-3 ในประเทศไทย ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญอยู่ในภาวะที่รู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ว้าวุ่นใจ วิตกกังวล ถูกบีบคั้น ทั้งจากปัจจัยภายในของบุคคลนั้นๆ หรือสภาพแวดล้อมภายนอกทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุข ในกิจกรรม ตลอดจนมีความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า แยกตัวออกจากสังคมและอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2563-มิถุนายน 2564

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ในช่วงการระบาด ทั้งสามระลอก คือระลอกที่ 1 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 – ธันวาคม 2563 ระลอกที่ 2 ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564 และระลอกที่ 3 ระหว่างเดือน เมษายน 2564-มิถุนายน 2564 ที่ได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม¹⁶ ดังสูตรคำนวณตัวอย่าง คือ $n = \left[t^2 \times (p \times q) / d^2 \right] \times DEFF$ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง เท่ากับกลุ่มละ 87.58 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บตัวอย่างเพิ่มประมาณร้อยละ 15 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกัน ความไม่สมบูรณ์ของการเก็บคืนแบบสอบถามหรือการตอบคำถามไม่ครบถ้วน ดังนั้นขนาดตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 100 คน แต่เนื่องจากระหว่างการศึกษ เกิดการระบาดของโรค COVID-19 เข้าในระลอกที่ 2 และ 3 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนมาตรการในการป้องกันครอบคลุมการระบาด ซึ่งอาจมีผลกระทบด้านจิตใจที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้บริการในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ระลอกละ 100 คน ตลอดการศึกษา รวมทั้งสิ้น 300 คน ด้วยวิธีการการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 - มิถุนายน 2564 ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล 3) เป็นผู้มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค

ทางจิตเวช 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่นอาการปวดอย่างรุนแรง อาการแทรกซ้อนจากการรักษาอย่างรุนแรงรวมถึงอาการฉุกเฉินจากโรคมะเร็ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี เลขที่ใบรับรอง EC-015/2020 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2563 และลงวันที่ 7 มิถุนายน 2564 ที่คณะผู้วิจัยปรับแก้โครงการวิจัยในส่วนของ ชื่อผู้วิจัย วัตถุประสงค์ และขยายขอบเขตการวิจัย เพื่อให้ผลการศึกษาวิจัยมีความครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการให้บริการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2563 – มิถุนายน 2564

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา เท่ากับ 0.92 2) แบบประเมินความเครียด (ST- 5) โดยมีเกณฑ์ค่าคะแนน ดังนี้ ST5 ระหว่าง 0 - 4 คะแนน เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน เครียดมาก 10 - 15 คะแนน เครียดมากที่สุด และ 3) แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q แบบประเมิน 2Q ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” แล้วประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ มากกว่า 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เนื่องจากเครื่องมือวิจัยเป็นเครื่องมือมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต จึงไม่ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี คณะผู้วิจัยดำเนินการ กำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถาม ชี้แจงการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวน 300 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 - มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียด ความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและระดับอาการโรคซึมเศร้า เนื่องจากจำแนกข้อมูลแบบระดับ (Ordinal group) จึงวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปรโดยสถิติ Ordinal logistic regression และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Parallel lines และ Goodness of fit เป็นไปตามเงื่อนไข

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 300 คน แบ่งเป็น 3 ระลอกของการระบาด โดยในระลอกที่ 1 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 เป็นผู้ป่วยร้อยละ 56 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 35 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 34 ในระลอกที่ 2 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยร้อยละ 53 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 33 และในระลอกที่ 3 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 เป็นญาติหรือผู้ดูแล ร้อยละ 55 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 30 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความชุกของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ($n = 300$) พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ระดับคะแนน 0 - 4) ร้อยละ 87.33 ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในภาพรวมส่วนมากมีความเสี่ยงร้อยละ 54 โดยเมื่อแบ่งการประเมินตามระยะของการระบาด พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 1 มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 38.27 รองลงมาคือระลอกที่ 3 ร้อยละ 36.19 ตามลำดับ สำหรับการประเมินระดับอาการโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 81 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อยเป็นส่วนมาก ซึ่งเมื่อจำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคในกลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อย พบว่า ในระลอกที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อยมากที่สุดร้อยละ 39.62 รองลงมาคือระลอกที่ 2 ร้อยละ 35.85 ตามลำดับ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยพบในระลอกที่ 3 ทั้ง 3 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามช่วง
ระยะเวลาการระบาดของโรค (n = 300)

ระดับความเครียด/ระดับความเสี่ยงโรค ซึมเศร้า/ระดับอาการโรคซึมเศร้า	รวมทั้งหมด		ระลอกที่ 1		ระลอกที่ 2		ระลอกที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด								
เครียดน้อย	262	87.33	93	35.50	83	31.68	86	32.82
เครียดปานกลาง	36	12.00	7	19.44	16	44.44	13	36.11
เครียดมาก	1	0.33	0	0.00	0	0.00	1	100.00
เครียดมากที่สุด	1	0.33	0	0.00	1	100.00	0	0.00
ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า								
ปกติ	138	46.00	38	27.54	57	41.30	43	31.16
มีความเสี่ยง	162	54.00	62	38.27	43	26.54	57	36.19
ระดับอาการโรคซึมเศร้า								
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	243	81.00	86	35.39	81	33.33	76	31.28
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	53	17.67	13	24.53	19	35.85	21	39.62
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3	1.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	1	0.33	1	100.00	0	0.00	0	0.00

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และอายุ) ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค และประเภทกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ เมื่อใช้กลุ่มตัวอย่าง ในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับ ที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.89 เท่า (95% CI 1.91-7.93, p-value = 0.000) และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 2.44 เท่า (95% CI 1.38-4.30, p-value = 0.002) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และ ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 300)

ปัจจัย	ระดับความเครียด				ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า				ระดับอาการโรคซึมเศร้า			
	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value
ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค				0.001**				0.021*				0.000**
ระลอกที่ 2	1	1			1	1			1	1		
ระลอกที่ 1	1.51	1.61	0.86-3.02	0.134	2.16	2.64	1.43-4.85	0.002**	2.14	2.63	1.30-5.31	0.007**
ระลอกที่ 3	3.32	3.89	1.91-7.93	0.000 **	1.75	1.98	1.08-3.63	0.027*	3	3.69	1.73-7.88	0.001**
เพศ				0.318				0.785				0.632
ชาย (111=37.00%)	1	1			1	1			1	1		
หญิง (189 =63.00%)	1.27	1.29	0.74-2.27	0.368	1.12	1.12	0.68-1.87	0.654	1.06	1.14	0.61-2.13	0.667
ประเภทกลุ่มตัวอย่าง				0.001**				0.117				0.174
ญาติ/ผู้ดูแล (146 =48.67%)	1	1			1	1			1	1		
ผู้ป่วย (154 = 51.33%)	2.15	2.44	1.38-4.30	0.002**	1.90	1.68	1.01-2.78	0.042*	1.67	1.57	0.85-2.90	0.149
อายุ				0.149				0.476				0.083
< 20 ปี (3 = 1.00%)	1	1			1	1			1	1		
21-30 ปี (12 = 4.00%)	2.49	1.80	0.95-33.75	0.694	2.00	2.67	0.15- 47.13	0.501	5.99	10.95	0.42-281.79	0.148
31-40 ปี (65 = 21.67%)	1.30	0.87	0.69-10.96	0.914	2.19	3.12	0.22- 43.40	0.397	7.28	13.76	0.69-273.20	0.085
41-50 ปี (68= 22.67%)	1.04	0.61	0.48-7.71	0.705	1.89	2.93	0.21- 41.16	0.424	5.55	11.13	0.56-221.53	0.114

ปัจจัย	ระดับความเครียด				ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า				ระดับอาการโรคซึมเศร้า			
	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value
51-60 ปี (91 = 30.33%)	1.77	0.93	0.73-11.77	0.950	2.55	3.00	0.21-41.45	0.411	7.57	12.16	0.62-238.49	0.100
>60 ปี (61 = 20.33%)	1.29	0.67	0.53-8.70	0.765	3.08	4.01	0.28-56.71	0.301	15.42	27.29	1.30-572.28	0.033*
ระดับความเครียด								0.003**				0.013*
เครียดน้อย					1	1			1	1		
เครียดปานกลาง					6.62	7.71	2.62-20.93	0.000**	10.86	17.25	1.78-175.64	0.014*
เครียดมาก					1				1	1		
เครียดมากที่สุด					1				1	1		

Cr.OR=Crude OR; Adj.OR=Adjusted OR; *p< .05; **p< .01

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง อายุ และระดับความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเครียด กล่าวคือเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 2.64 เท่า (95% CI 1.43-4.85, p-value = 0.002) และในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 1.98 เท่า (95% CI 1.08-3.63, p-value=0.027) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแล เท่ากับ 1.68 เท่า (95% CI 1.01-2.78, p-value=0.042) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อยเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลาง มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อย เท่ากับ 7.71เท่า (95% CI 2.62-20.93, p-value=0.000) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง อายุ และระดับความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค อายุ และระดับความเครียด กล่าวคือเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่าง ในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.69 เท่า (95% CI 1.73-7.88, p-value=0.001) รองลงมาคือระลอกที่ 1 มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 2.63 เท่า (95% CI 1.30-5.31, p-value=0.007) สำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปีเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 27.29 เท่า (95% CI 1.30-572.28, p-value=0.033) นอกจากนี้เมื่อใช้ตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อยเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลาง มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความเครียดน้อย เท่ากับ 17.25 เท่า (95% CI 1.78-175.64, p-value=0.014) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้รับบริการในโรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนร้อยละ 12 มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 54 สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในระดับน้อยขึ้นไปถึงระดับรุนแรงพบได้ร้อยละ 19 โดยเมื่อพิจารณาผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปพบได้ร้อยละ 1.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา ซึ่งเมื่อเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในช่วงการระบาดโควิด-19 ที่เผยแพร่ในเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่าความชุกของความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปเอเชียเท่ากับร้อยละ 27.9 ร้อยละ 32.9 และร้อยละ 35.3 ตามลำดับ ส่วนความชุกของความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปยุโรปเท่ากับร้อยละ 31.9 ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 32.4 ตามลำดับ¹⁷ และการศึกษาในประชาชนจีนที่พบความชุกของความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเท่ากับร้อยละ 8.1 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเท่ากับร้อยละ 16.5 ตามลำดับ¹⁸ ซึ่งจะเห็นว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีต่ำกว่าเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงของการระบาดที่แตกต่างกันส่งผลกระทบด้านจิตใจที่แตกต่างกันได้ เพราะในประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ถือว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก นอกจากนั้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของแต่ละการศึกษาที่ต่างกัน เช่น หลังการระบาดแล้ว ประชาชนอาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ทำให้ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเก็บข้อมูลช่วงระยะแรกของการระบาด เช่นเดียวกับผลการสำรวจความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนไทย ที่พบว่าประชาชนที่มีความกังวลสูงลดลงเมื่อไม่มีการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศ เปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ที่มีการระบาดสูง¹⁹

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต คือ 1) ด้านความเครียด 2) ด้านภาวะซึมเศร้า และ 3) ด้านระดับอาการโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค และประเภทกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าผู้รับบริการฯ ในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้น มากกว่าผู้รับบริการฯ ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.89 เท่า (95% CI 1.91-7.93, p-value = 0.000) และสำหรับประเภทกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 2.44 เท่า (95% CI 1.38-4.30, p-value=0.002) ซึ่งสอดคล้องบางประเด็นในการศึกษาของ Wang¹⁸ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านจิตใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในช่วงระยะแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อปี พ.ศ.2562 ในกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศจีน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีความกังวลเป็นห่วงคนในครอบครัวกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าสถานะสุขภาพที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลกระทบทางจิตวิทยาที่มากขึ้นของระดับความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การรักษา สถานการณ์การระบาดในพื้นที่ และข้อควรระวังโดยเฉพาะมาตรการต่างๆ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางจิตใจที่ลดลงของระดับความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าพบว่า เพศ และ อายุของผู้มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์¹² ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเครียด กล่าวคือ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกที่ 1 และ ในระลอกที่ 3 ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้น มากกว่าผู้รับบริการ ในระลอกที่ 2 โดยจากการสอบถามเป็นไปได้ว่าในการระบาดระลอกที่ 1 ความกลัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงและมาตรการและแนวทางการปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดต่างๆ ของทั้งผู้รับบริการเอง และผู้ให้บริการยังไม่ชัดเจน ประกอบกับยังไม่มีวัคซีนที่สามารถป้องกันการระบาดหรือลดความรุนแรงของโรคได้ รวมถึงการรายงานสถานการณ์ของกรมควบคุมโรคในระลอกที่ 1 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 1.41 ระลอกที่ 2 ร้อยละ 0.33 ระลอกที่ 3 ร้อยละ 0.84 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2564) ถึงแม้ว่าในการระบาดระลอกที่ 2 สถานการณ์โรคระบาดคลี่คลายลง ตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ลดลงด้วย แต่การระบาดในระลอกที่ 3 มีตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 เพิ่มสูงขึ้น มีการกระจายแบบก้าวกระโดด และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อสูงขึ้น เป็นเหตุให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้

สำหรับประเภทกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่ง

เป็นผู้ป่วยถือเป็นกลุ่มเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Wang¹⁸ ที่พบว่าสถานะสุขภาพที่ไม่ดีซึ่งมีความอ่อนแอทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ผลกระทบทางจิตวิทยาที่มากขึ้นของระดับความเครียดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและระดับอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่มีระดับความเครียดน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตมีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาประจำตัวทางจิต

ส่วนข้อมูลพื้นฐานด้าน อายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของประชาชนในการศึกษานี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์¹¹ แต่ต่างจากการศึกษา Abir T¹⁵ ที่พบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

แม้ว่างานวิจัยครั้งนี้จะมีข้อจำกัดในเรื่อง ศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง ศึกษาเฉพาะผู้รับบริการหน่วยบริการเดียว และตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้ชัดเจน แต่ก็ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นให้ทราบว่าช่วงระยะเวลาการระบาด และข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นประโยชน์เฉพาะหน่วยงาน ในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งวิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้รับบริการและบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ขอขอบคุณ นายแพทย์พงศธร ศุภอรธกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนอาสาสมัครที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2019 [cited 2020 May 26]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no13-160163.pdf>

3. สุชาดา สิทธิจงสภาพร, เศรษฐกาล โปร่งนุช. การศึกษาการประมาณค่าเบื้องต้นตัวเลขการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสในระยะเริ่มต้นการระบาด. Engineering Transactions 2563;23:126-34.
4. ศูนย์ข้อมูลกลาง COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://datastudio.google.com/reporting/1VnmBQ3HBzxemefm5LW5FRXgVesRgtSLV/page/MtMJB>
5. พนม เกตุมาน, วินัดดา ปิยะศิลป์. Stress Management in Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20200512093441.pdf>
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4). นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2563.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้ประสบภาวะวิกฤติในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. ภูษนิศา ชัยวิรัตน์กุล, พัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์, ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลจิตใจสำหรับโรงพยาบาลสนาม ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. ความเครียดและวิธีการแก้ความเครียด. กรุงเทพฯ: งานวิเทศสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>
11. จรยพร ศรีศลักษณ์. กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Groups) คือใคร มีข้อพิจารณาด้านจริยธรรมอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3717/jaruayporn.pdf?sequence=2>
12. ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนบ้านทุ่งเสียว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29:12-21.
13. กนกวรรณ พวงประยงค์. สถานการณ์ผลกระทบ ความต้องการการช่วยเหลือ และการปรับตัวของหน่วยงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19: การศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิต 2564;35:266-86.
14. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19). วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39:101-12.

15. Abir T, Kalimullah NA, Osuagwu UL, Nur-A Yazdani DM, HusainT, Goson PC, et al. Prevalence and Factors Associated with Mental Health Impact of COVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Survey-Based Cross-Sectional Study. *Annals of Global Health* 2021; 87:1–23. doi: <https://doi.org/10.5334/aogh.3269>
16. ALNAP Overseas Development Institute. Sampling methods and sample size calculation for the SMART methodology [Internet]. 2012 [cited 2020 June 25]. Available from: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Sampling_Paper_June_2012.pdf
17. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16:1-11. doi:10.1186/s12992-020-00589-w.
18. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:1729. doi:10.3390/ijerph17051729
19. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no544-300664.pdf>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ศรินรา ทองมี คม.^{1*}

คำปิ่น แก้วนก พย.บ.¹

อรรวรรณ เรืองชาติ พย.บ.¹

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน รป.ม.¹

วิภาพรรณ ชัยเจริญวรรณ พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทีมวิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายล้วนเกี่ยวข้องกับหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย เช่น การช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบหน้า การใส่และถอดท่อช่วยหายใจ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบทั่วร่างกาย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาลจำนวน 52 ราย และผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ราย ที่มาให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลหลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ และ 4) แบบทดสอบความรู้วิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ใช้ Wilcoxon matched-pairs signed rank test ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย 5 หมวดได้แก่ 1) การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ 3) การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้ยาระงับความรู้สึก 5) การส่งต่อผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์มาก ร้อยละ 73.40 วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในภาพรวมร้อยละ 100 วิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($Z = -6.25, p < 0.01$) และไม่มีอุบัติการณ์ติดเชื้อโควิด-19 จากการทำงาน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การใส่ท่อช่วยหายใจ การถอดท่อช่วยหายใจ
การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โควิด-19

¹ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding e-mail: tsarinra@gmail.com

วันที่รับ (received) 24 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 เม.ย. 2565

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Nurse Anesthetists assisting with Tracheal Intubation and Extubation of Suspected or Confirmed COVID-19 Patients undergoing General Anesthesia

Sarinra Thongmee M.Ed.^{1*}

Khampin Kaewkanok B.N.S.¹

Orawan Ruangchat B.N.S.¹

Sirithip Sanguanwongwan M.P.A.¹

Wipapan Chaijaroenwan B.N.S.¹

Abstract

Due to the situation during the COVID-19 pandemic, nurse anesthetists are health care workers with high-risk exposure to COVID-19 because aerosol generation related to airway management procedures, such as facemask ventilation, and tracheal intubation and extubation. The purpose of this action research was to develop clinical nursing practice guidelines (CNPGs) for nurse anesthetist assisting with tracheal intubation and extubation of suspected or confirmed COVID-19 patients undergoing general anesthesia at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand. Participants were 52 nurse anesthetists and 11 COVID-19 patients who undergoing general anesthesia for surgery. The research instruments were composed of 1) the CNPG for Assisting with Tracheal Intubation and Extubation of Suspected or Confirmed Covid-19 Patients Undergoing General Anesthesia, 2) the Performance Assessment Form, and 3) the Opinion Assessment Form for Nurse Anesthetists about CNPG. The data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon matched-pairs signed rank tests. The results found that the CNPG consisted of five categories as follows: 1) anesthetic drug and airway equipment preparation, 2) airborne precautions, 3) nurse anesthetist roles and responsibilities in the anesthesia team, 4) assisting anesthesiologists with tracheal intubation and extubation, and 5) transferring the patient from the operating room to the COVID-19 ward after surgery. The overall overview of the feasibility of applying the CNPG was high (73.40%); overall, 100% of the nurses conformed to; and nurse anesthetists had statistically significant higher mean of knowledge scores than before using CNPG ($Z = -6.25$, $p < 0.01$). There were no Incidents of work-related COVID-19 infection among the nurse anesthetists.

Keywords: clinical nursing practice guideline, tracheal intubation, trachea extubation, general anesthesia, COVID-19

¹ Department of nursing anesthesia Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

*Corresponding e-mail: tsarinra@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ที่ประกาศชื่อเป็นทางการโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งมาจากคำย่อภาษาอังกฤษว่า COVID-19 โดยซึ่งมาจากคำย่อในภาษาอังกฤษของคำว่า Coronavirus disease โดย Co แทน Corona VI แทน Virus D แทน Disease และ 19 แทน 2019¹ ส่วนคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยาของไวรัสได้กำหนดให้ใช้ชื่อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค Covid-19 ว่า SARS-CoV-2 หรือไวรัสโคโรนาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงชนิดที่ 2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส² ระยะฟักตัวของโรคคือ 1 - 14 วัน ส่วนใหญ่ 3-7 วัน อาการทั่วไปของโรคติดเชื้อโควิด-19 คือเป็นไข้ อ่อนเพลีย และไอแห้ง คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 หายจากโรคได้โดยไม่ต้องรับการรักษาพิเศษ ในกรณีส่วนน้อย โรคอาจรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น หอบหืด เบาหวาน หรือโรคหัวใจ อาจมีความเสี่ยงมากขึ้นที่อาการป่วยจะรุนแรง³⁻⁴ การติดต่อของโรคโควิด-19 สามารถติดต่อได้จากละอองฝอยของเชื้อขนาดใหญ่มากกว่า 5 ไมครอน (Droplet transmission) ผ่านการไอจาม การสัมผัสสิ่งปนเปื้อนทั้งตรงและทางอ้อมแล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา เช่น อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยเช่นปรอทวัดไข้ หูฟัง และการแพร่เชื้อไปกับละอองลอยซึ่งมีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน (Airborne transmission) สามารถลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานาน ซึ่งเกิดจากหัตถการทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็กได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การส่องทางเดินหายใจ (Broncho scope) การเจาะคอ (Tracheostomy) การดูดเสมหะระบบเปิด (Open suction) การพ่นยา (Nebulization) การใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศสูงเพราะทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องทำหัตถการในห้อง Airborne isolate room และต้องใส่ชุดป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อทางละอองฝอยและทางอากาศ หัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคลากรวิสัญญีทั้งสิ้น⁵ ทีมวิสัญญีมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อและเป็นพาหะนำเชื้อ เนื่องจากต้องดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วย⁶⁻⁸ ในขณะก่อน ระหว่างและหลังให้การระงับความรู้สึก และหัตถการทางวิสัญญีล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดละอองลอยได้ในขนาดสูง ซึ่งทำให้สามารถฟุ้งอยู่ในอากาศได้นาน ได้แก่ การช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบหน้าด้วยมือ (Face mask ventilation) การใส่ท่อช่วยหายใจด้วยอุปกรณ์ส่องตรวจกล่องเสียงโดยตรง (Direct laryngoscope) การใส่ท่อช่วยหายใจ (Tracheal intubation) การถอดท่อช่วยหายใจ (Tracheal extubation) การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) การดูดเสมหะแบบเปิด (Open suction) ซึ่งขั้นตอนการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายประกอบด้วย การนำสลบ ให้อาหารย่อนกล้ามเนื้อ การช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบหน้าด้วยมือ การใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Direct laryngoscope หลังเสร็จผ่าตัดเมื่อหมดฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและผู้ป่วยกลับมาหายใจเองต้องช่วยดูดเสมหะและถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วยในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการคาท่อช่วยหายใจ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลต้องมีการป้องกันการแพร่กระจายทางอากาศ (Airborne precautions) สำหรับหัตถการที่ก่อให้เกิดฝอยละออง (Aerosol-generating procedures)

จากการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย (ข้อมูลวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2564) พบมีผู้ติดเชื้อ 36,290 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 250 ราย และในจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสม 220 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 43 ราย วิสัญญีพยาบาลเป็นทีมงานที่ได้รับมอบหมายให้ไปช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 จากสถิติบริการพบว่าได้ไปใส่ท่อช่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 8 ราย และบริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดจำนวน 5 ราย

และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในสถานการณ์การระบาดของโรคดังกล่าวกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร ทั้งทาง Airborne, Droplet และ Contact precautions ในระหว่างการระงับความรู้สึก แต่แนวปฏิบัติการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจยังไม่ชัดเจนไปในทางเดียวกัน เนื่องจากมีรูปแบบจำนวนวิสัญญีพยาบาลผู้ช่วยในทีมให้ยาระงับความรู้สึกทั้งแบบสองคนและสามคน และบทบาทของแต่ละบุคคลในทีมการให้ระงับความรู้สึกยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้การทำงานไม่ราบรื่น วิสัญญีพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างให้การพยาบาลได้

จากเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่มาให้ยาระงับความรู้สึกและเพื่อแนวปฏิบัติพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จากการผิดพลาดของขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพิ่มคุณภาพการพยาบาลวิสัญญี

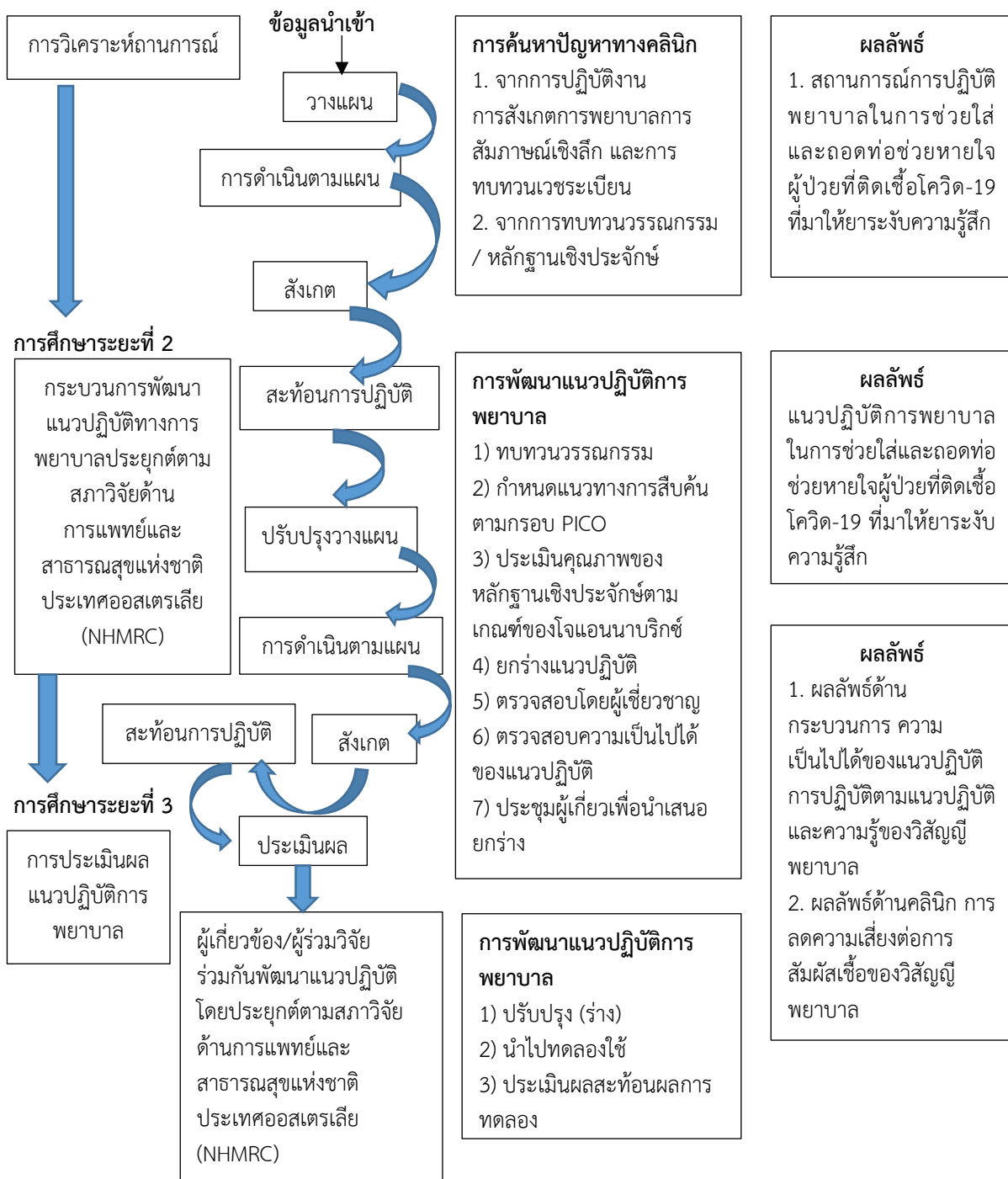
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างการใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้วงจรพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) และประยุกต์ใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁰ มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1



แผนภาพที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วย หายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การปฏิบัติพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วย ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพ 5) สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสืบค้นคือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การใส่ท่อช่วยหายใจ การถอดท่อช่วยหายใจ โควิด-19 การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute)¹¹ 6) ยกร่างแนวและกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE II¹² ผลการประเมินแนวปฏิบัติพยาบาลฯ ในภาพรวมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านให้คะแนนคุณภาพตรงกันคือมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูงคือร้อยละ 80.35 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 11 เรื่องทั้งหมดเป็นหลักฐานระดับ 4a

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ซึ่งมีการสะท้อนผลและปรับปรุง 2 ระยะได้แก่ ระยะแรกของการพัฒนาและระยะปรับปรุงพัฒนา ตามวงจรการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน

สถานที่ทำวิจัยคือ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระยะเวลาทำการศึกษาคือ 12 เดือน (เดือนมกราคม- เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 77 คน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้อาการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 2 คน วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 10 ปี 5 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ด้านการพยาบาลวิสัญญี) จำนวน 1 คน รวมจำนวน 8 คน

2. ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ คือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 52 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึก 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้รับบริการ คือผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยมีเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัยคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัด 2) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายใต้เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการเลขที่ 052/63 C ลงวันที่ 3 มีนาคม 2564

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาคือแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้อาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติคือ 1) การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก

2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ 3) การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้ยาระงับความรู้สึก 5) การส่งต่อผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ จำนวน 2 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลผู้มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี จำนวน 1 ท่าน คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำและปรับปรุงการใช้ภาษา เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ง่ายตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ค่า CVI เท่ากับ 1

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล เป็นแบบสอบถามแบบ Likert scale มี 6 ข้อๆ ละ 3 ระดับ ประเมินคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ค่า CVI เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

2. แบบทดสอบความรู้วิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบปรนัย 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.66

3. แบบประเมินความสามารถของวิสัญญีพยาบาล โดยมีเนื้อหาออกไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 หมวดได้แก่ 1) การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนด้วยแอลกอฮอล์ การใส่-ถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) การใส่-ถอดอุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR) 3) การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้ยาระงับความรู้สึก 5) การส่งต่อผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 แบบประเมินผ่านการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลฯ โดยใช้ Wilcoxon matched-pairs signed rank test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test แล้วการแจกแจงข้อมูลคะแนนก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ แล้วข้อมูลไม่แจกแจงเป็นปกติ

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

1.1 ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และการสังเกตการพยาบาลและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า พบว่า 1) แนวปฏิบัติพยาบาลที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกันของการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยรับความรู้สึก เช่น บางแนวปฏิบัติใช้จำนวนบุคลากรในทีมรับความรู้สึก 2 คนบางแนวปฏิบัติ 3 คน บางแนวปฏิบัติมีการเพิ่ม Intubation block แบบใส่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ 2) วิทยาลัยพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการปฏิบัติแต่ละระยะ 3) อุปกรณ์ไม่พึงประสงค์จากบริการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การเตรียมเครื่องมือในการใส่และถอดท่อช่วยหายใจไม่ครบเนื่องจากการขาดรายการตรวจสอบ (Checklist) และการปฏิบัติผิดขั้นตอนในการใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) ขาดคู่มือบรรยายลักษณะงานในทีม (Job description) ซึ่งประกอบด้วย Medication nurse จะไม่สัมผัสผู้ป่วยทำหน้าที่เตรียมารรับความรู้สึก และยาสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิค Rapid sequence induction บันทึกข้อมูลระดับความรู้สึกและทำความสะอาดอุปกรณ์หลังผ่าตัดเสร็จ Airway nurse จะสัมผัสผู้ป่วย ทำหน้าที่เตรียมอุปกรณ์เกี่ยวกับทางเดินหายใจ ที่พิเศษเพิ่มเติมจากปกติ Video laryngoscope close suction ที่หนีบท่อช่วยหายใจ และตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือยาสลบ ช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจ การให้สารน้ำ และรับผู้ป่วยที่มาในแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบที่หน้าห้องผ่าตัด ทำความสะอาดอุปกรณ์หลังผ่าตัดเสร็จ และ Coordinating nurse ช่วยอยู่รอบนอกห้องผ่าตัดความดันลบ ถ่ายรูปใบ Anesthetic record แล้วคัดลอกบันทึกการพยาบาลเตรียมเข้าไปทำงานในห้องผ่าตัดความดันลบในกรณีฉุกเฉิน และส่งนำผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 หลังผ่าตัดเสร็จ และโค้ชทีมทำหน้าที่ทบทวนขั้นตอนในการทำงาน กำกับดูแลการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) และ การใช้เครื่องปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (Powered air-purifying respirators : PAPR)

1.2 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล นำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนกลับในที่ประชุมประจำสัปดาห์ของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี เพื่อร่วมกันวางแผนและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ระหว่างใส่ท่อและถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่มาให้การรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ 1) การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการรับความรู้สึก 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ประกอบด้วยการล้างมือ 7 ขั้นตอน การใส่-ถอด PPE และการใส่-ถอด PAPR 3) การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้การรับความรู้สึก ประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาลผู้เตรียมอุปกรณ์ทางเดินหายใจ (Airway nurse) วิสัญญีพยาบาลเตรียมยาและบริหารยา (Medication nurse) วิสัญญีพยาบาลผู้ช่วยรอบนอก (Coordinating nurse) และวิสัญญีพยาบาลโค้ชทีม (Coaching nurse) 5) การส่งต่อผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ (Portable isolation chamber negative pressure) ตามแนวคิดหลักการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ของ Mei Fong Iew และคณะ¹³ สรุปกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์	ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	ระยะปรับปรุงพัฒนา
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหลากหลายไม่เป็นไปในทางเดียวกันท่าบทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้ยาระงับความรู้สึกไม่ชัดเจน	การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลและกำหนดจำนวนวิสัญญีพยาบาลในทีมแบ่งเป็น 1) ห้องความดันลบ ประกอบด้วย Airway nurse และ Medication nurse 2) นอกห้องความดันลบ แบ่งเป็น Coordinating nurse และโค้ชทีม (Coaching nurse)	พัฒนาเพิ่มวิสัญญีในบทบาทโค้ชทีมในการกำกับดูแลการใส่และถอด PPE, PAPR ทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อลดความผิดพลาดและสื่อสารข้อความระหว่างคนในห้องผ่าตัดและนอกห้องผ่าตัดด้วยไมค์ไร้สาย/walkie talkie /กระดานไวท์บอร์ด
2. สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลบางด้านต้องการการพัฒนา ได้แก่การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ การใส่-ถอด PPE และ PAPR การช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 การส่งต่อผู้ป่วยด้วยแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแรงดันลบ	จัดอบรมสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลตามฐานการเรียนรู้	ประเมินสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

2.1 ผลการประเมินความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลจากวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลจำนวน 52 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.31 อายุเฉลี่ย 42.15 ปี (S.D. = 7.57) ประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกเฉลี่ย 14.53 ปี (S.D. = 10.06) ภายใน 1 ปีเคยได้รับความรู้เรื่องการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร้อยละ 99.15 ความต้องการฝึกสอนก่อนการปฏิบัติจริง (Coaching) ร้อยละ 98.08 และความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ที่มากที่สุดคือความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานร้อยละ 48 รองลงมาคือ สามารถนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 47 และความชัดเจนในแนวปฏิบัติร้อยละ 37 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นิเทศปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 52)

รายการ	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ความสะดวกในการใช้นิเทศ	30 (57.7)	21 (40.4)	1 (1.9)
2. ความชัดเจนของนิเทศ	37 (71.2)	13 (25)	2 (3.8)
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	47 (90.4)	5 (9.6)	0
4. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	33 (63.5)	19 (36.5)	0
5. ความเป็นไปได้ในการนำนิเทศไปใช้ในหน่วยงาน	48 (92.3)	4 (7.7)	0
6. ความพึงพอใจต่อนิเทศการพยาบาลนี้	34 (65.4)	18 (36.4)	0
ภาพรวม	73.40	25.93	0.95

2.2 ผลการประเมินภาคปฏิบัติหลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทั้งหมด 7 หมวด พบว่า วิทยาลัยพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลในป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยฝึกปฏิบัติกับหุ่น (n = 52)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้ครบถ้วน		ปฏิบัติไม่ครบถ้วน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก				
1.1 การเตรียมยา	52	100	0	0
1.2 การเตรียมอุปกรณ์ทางเดินหายใจ	52	100	0	0
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ				
2.1 การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอน	52	100	0	0
2.2 การใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	52	100	0	0
2.3 การใส่และถอดอุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR)	52	100	0	0
3. การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ				
3.1 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างใส่ถอดท่อช่วยหายใจ	52	100	0	0
3.2 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างถอดท่อช่วยหายใจ	52	100	0	0
4. บทบาทวิสัญญีพยาบาลในทีมให้การระงับความรู้สึก				
4.1 Airway nurse	52	100	0	0
4.2 Medication nurse	52	100	0	0
4.3 Coordinating nurse	52	100	0	0
4.4 Coaching nurse (n=16)*	16	100	0	0
5. การนำส่งผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ	52	100	0	0
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวม		100		0

*จำนวนวิสัญญีพยาบาลโค้ชทีมที่พัฒนาขึ้นมี 16 ราย

2.3 คะแนนความรู้ของวิสัญญีพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาล ฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (n = 52)

คะแนนความรู้ของวิสัญญีพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	Z	p-value
ระยะก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลฯ	6.92	1.45	-6.25	<0.01*
ระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ฯ	9.33	0.65		

*p< 0.01, Statistic = Wilcoxon matched-pairs signed rank test

2.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 10 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 31.10 ปี (S.D. = 20.48) และเป็นการผ่าตัด Appendectomy ร้อยละ 60 และผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล

การแพร่กระจายเชื้อระหว่างการใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่าไม่มีวิสัญญีติดเชื้อโควิด-19 จากการใส่และถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอัตราการติดเชื้อโควิด-19 ในวิสัญญีพยาบาลจากการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (n = 52)

อุบัติการณ์ติดเชื้อโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ติดเชื้อโควิด-19	0	0
ไม่ติดเชื้อโควิด-19	52	100

การอภิปรายผล

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แยกตามประเด็น ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างการใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การวิจัยนี้ ใช้วงจรพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁹ และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยการใช้แนวทางของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ในส่วนของเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 5 หมวดได้แก่หมวดที่ 1) การเตรียมยาและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก หมวดที่ 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ¹⁴⁻¹⁵ ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Alcohol-based hand rub) การใส่-ถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) การใส่-ถอดอุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (Powered air-purifying respirators : PAPR) หมวดที่ 3) การช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่และถอดท่อช่วยหายใจ 4) บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลในทีมให้การระงับความรู้สึก ประกอบด้วย (1) Medication Nurse จะไม่สัมผัสผู้ป่วยทำหน้าที่เตรียมยาและอุปกรณ์ระงับความรู้สึก บันทึกข้อมูลระงับความรู้สึก (2) Airway Nurse จะสัมผัสผู้ป่วย ทำหน้าที่เตรียมอุปกรณ์เกี่ยวกับทางเดินหายใจและตรวจสอบความพร้อมของเครื่องดมยาสลบช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจ การให้สารน้ำ และรับผู้ป่วยที่มาในแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบที่หน้าห้องผ่าตัด (3) Coordinating nurse ช่วยอยู่รอบนอกห้องผ่าตัดความดันลบ ถ่ายรูปใบ Anesthetic record แล้วคัดลอกบันทึกการพยาบาล เตรียมเข้าไปทำงานในห้องผ่าตัดความดันลบในกรณีฉุกเฉิน และส่งนำผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 หลังเสร็จผ่าตัดและ (4) โค้ชทีมทำหน้าที่ทบทวนขั้นตอนในการทำงาน กำกับดูแลการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) การใช้เครื่องปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR) และทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อลดความผิดพลาดและสื่อสารข้อความระหว่างคนในห้องผ่าตัดและนอกห้องผ่าตัดด้วยไมค์ไร้สาย/ walkie talkie /กระดานไวท์บอร์ด และหมวดที่ 5) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโควิด-19 ตามแนวคิดของ Mei Fong liew¹³ และคณะโดยคำนึงถึง หลักการ 5 ประการคือ (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (2) ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติการส่งต่อ (3) ความช่วยเหลือและประสานงานจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (4) แผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ (5) ขั้นตอนการทำความสะอาดหลังทำการส่งต่อ ซึ่งครอบคลุมวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่แพร่ทางอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับของ Liana Zucco และคณะ⁷ ที่เน้นให้เห็นความสำคัญของการ

ทำความสะอาดมือ การทบทวนโปรโตคอลสำหรับการสวมใส่และถอด PPE ที่ถูกต้อง และพิจารณาดำเนินการจำลองการใส่ท่อช่วยหายใจ/การใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ PPE ในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมการใส่และถอด PPE อย่างถูกต้องในกลุ่มงาน และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ส่วน Gaurav P. Patel และคณะ¹⁶ ศึกษากระบวนการจัดการทีมใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 พบว่าต้องให้ความสำคัญกับการใส่และถอดชุด PPE อย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะขณะถอด PPE เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและมีโค้ชทีมทบทวนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมวิสัญญีพยาบาลก่อนเข้าทำหัตถการในห้องความดันลบ ซึ่งบทบาทสำคัญของการโค้ชทีมจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการโค้ชเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลของบุคลากรผู้ให้บริการระบบการโค้ชมีความพึงพอใจสูงต่อการใช้รูปแบบการโค้ช¹⁷

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ที่มาให้การรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก ไม่มีวิสัญญีพยาบาลมีอุบัติเหตุการติดเชื้อโควิด-19 จากหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดสูงจากกระบวนการทำงานช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19 และการเพิ่มสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลในการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 โดยการฝึกฝนการช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจในสถานการณ์จำลองและจะถูกนำไปเพื่อนำมาใช้ในภาวะเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย¹⁸ การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องใหม่ๆ เป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล โดยให้ความรู้ทั้งการบรรยายฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองภายใต้ผู้เชี่ยวชาญ¹⁹⁻²⁰ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและให้บุคลากรฝึกฝนอย่างมีระบบตามแนวปฏิบัติ และเสริมสร้างความมั่นใจแก่วิสัญญีพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างการใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ขอเสนอแนะดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้แก้ไข้ปัญหาได้ตรงจุด ก่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก แนวปฏิบัติพยาบาลทั้ง 5 หมวดทั้ง ช่วยลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโควิด-19 ของวิสัญญีพยาบาล และควรศึกษาวิจัยในบริบทการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 นอกแผนกวิสัญญีต่อไป

2. การบริหารจัดการสำหรับการพัฒนาในอนาคต ควรต่อยอดรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างการใส่และถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มาให้การรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นการนำหลักสูตรเพื่อการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะการปฏิบัติงาน แก่วิสัญญีพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์จรูญพงษ์ ชูรัตน์ ที่เป็นผู้เป็นที่ปรึกษาเหตุการณ์การระบาดของโรค และทุ่มเทอบรมให้วิชาความรู้ในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 แก่วิสัญญีพยาบาลและแพทย์

ในสายงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่สนับสนุนงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ครั้งนี้ ตลอดจนร่วมดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เหวินหง จาง. คู่มือเอาตัวรอดจาก Covid-19. แปลโดย รำพันธ์ รักศรีอักษร. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
2. BBC. ไวรัสโคโรนา : ที่มา อาการ การรักษาและการป้องกันโรคโควิด-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/features-51734255>
3. World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses#:~:text=symptoms>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019(COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
5. ปิ่นณวิชญ์ เบญจวลีย์มาศ, มะลิวัลย์ ออพวงศ์, ชณัฐ กิจศิริพันธ์, นุสรา ติลกรัตน์พิจิตร, วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, พรพรรณนิภา ผาคำ. แนวทางปฏิบัติสำหรับการระงับความรู้สึกและการดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วย ที่ติดเชื้อหรือเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์. วิสัญญีสาร 2563;46(ฉบับพิเศษ):140-3.
6. Chen X, Liu Y, Gong Y, Guo X, Zuo M, Li J, et al. Perioperative management of patients Infected with the novel coronavirus: Recommendation from the joint task force of the Chinese society of anesthesiology and the Chinese association of anesthesiologists. Anesthesiology 2020;132:1307-16.
7. Zucco L, Levy N, Ketchandji, Aziz Mike, Ramachandran SK. Perioperative Considerations for the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) [internet]. 2020 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.apsf.org/news-updates/perioperative-considerations-for-the-2019-novel-coronavirus-covid-19/>
8. Munoz-Price LS, Bowdle A, Johnston BL, Vearman G, Camins BC, Dellinger EP, et al. Infection prevention in the operating room anesthesia work area. Infection Control & Hospital Epidemiology 2019; 40:1–17.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. Guideline for the Development and Implementation of Clinical Practice Guideline [internet]. 2016 [cited 2021 Feb 1] Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/research-policy/guideline-development>.

11. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [internet]. 2019 [cited 2018 Aug 1]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
12. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล. ม.ป.ท.: 2556.
13. Liew MF, Siow WT, Yau YW, See KC. Safe patient transport for COVID-19. Crit Care. 2020;24:94. doi:10.1186/s13054-020-2828-4.
14. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในการระงับความรู้สึก. วิสัญญีสาร 2563;46(ฉบับพิเศษ):113-8.
15. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) ฉบับวันที่ 20 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2565]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf
16. Patel GP, Collins JS, Sullivan CL, Winters BD, Pustavoitau A, Margulies SS, et al. Management of coronavirus disease 2019 intubation teams. AA Pract 2020;14:1-4. doi: 10.1213/XAA.0000000000001263.
17. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, อรชร อินทองปาน. การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25:167-77.
18. Cook TM, El-Boghdadly K, McGuire B, McNarry AF, Patel A, Higgs A. Guidelines from the difficult airway society, the association of anesthetists the intensive care society, the faculty of intensive care medicine and the royal college of anesthetists. Anesthesia 2020;75:785-99.
19. Odor PM, Neun M, Bampoe S, Clark M, Heaton D, Hoogenboom EM, et al. Anaesthesia and COVID-19: infection control. British Journal of Anaesthesia 2020;125:16-24.
20. Ong S, Lim WY, Ong J, Kam P. Anesthesia guidelines for COVID-19 patients: A narrative review and appraisal. Korean J Anesthesiol 2020;73:486-502.

การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

สุพดี กิตติวรเวช พย.ม.^{1*}

สาวิตรี สิงหาด พย.ม.¹

สุเพียร โภคทิพย์ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคคลเป็นการเตรียมผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างร่มเย็น ผาสุกและเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 340 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

ผลการวิจัย พบว่า การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ($\bar{X}$ = 3.94, S.D. = 0.47) (ด้านเศรษฐกิจ $\bar{X}$ = 3.73, S.D. = 0.58) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยปานกลาง คือ ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.42, S.D. = 0.41) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ($\bar{X}$ = 3.34, S.D. = 0.79) และด้านสังคม ($\bar{X}$ = 3.28, S.D. = 0.65) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ (r = 0.75) และรายได้ (χ^2 = 16.247) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด และตำแหน่งปัจจุบัน พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผลการวิจัยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุของพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้อง และเหมาะสมตามแต่ละกลุ่มวัย

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

* Corresponding e-mail: suladi.k@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 28 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

Preparing to be a Potential Elderly of Registered Nurses in a Tertiary Hospital

Suladi Kittiworavej M.N.S.^{1*}

Sawitree Singhard M.N.S.¹

Supian Pokathip Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Preparing for the stage of early adulthood is to prepare the elderly for living peacefully with well-beings and entering a quality old age in the future. This descriptive research aimed to study the level of preparation and factors related to the preparation to become a potential elderly of registered nurses in a tertiary care hospital. The samples consisted of 340 professional nurses working at a tertiary care hospital, and the data were collected from a general questionnaire, and a questionnaire evaluating the preparation for being a potential elderly. The general data were analyzed via descriptive statistics and the researchers examine the factors related to preparing for a potential elderly of registered nurses by using Chi-square and Pearson's correlation statistics.

In the holistic view, the results showed that the preparation of professional nurses was at a moderate level. The highest mean scores fell into the aspects of technology and innovation ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.47$), and economy ($\bar{X} = 3.73$, $S.D. = .58$) whereas the moderate mean scores were health ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.41$), home and environment ($\bar{X} = 3.34$, $S.D. = 0.79$) and social aspects ($\bar{X} = 3.28$, $S.D. = 0.65$) respectively. Moreover, factors related to the preparation to become a potential elderly of registered nurses were age ($r = 0.75$) and income ($c^2 = 16.247$), showing the statistical significance at the .01 level. However, other factors such as sex, marital status, highest educational background and current position had no statistical significance. In short, the results can be effectively implemented to develop a model or a program for the appropriate preparation of becoming a potential senior citizen of registered nurses.

Keywords: preparation for active ageing, registered nurses, tertiary care hospital

¹ Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

² Sunpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

* Corresponding e-mail: suladi.k@ubu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศตวรรษที่ 21 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก¹ โดยปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society)² ผลจากการที่สัดส่วนประชากรที่สูงขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer) ที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2489- 2507 และประชากรรุ่นที่เกิดในช่วงปี 2506-2526 หรือที่เรียกว่า “ประชากรรุ่นเกดล้าน” หรือ “สีนามิประชากร” ซึ่งมีอายุ 39-59 ปี กำลังเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรสูงอายุ และการลดลงของอัตราการเกิดในระยะต่อมาจากการประสบความสำเร็จการวางแผนครอบครัว³ ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมของประชากรทุกกลุ่มวัยในการเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบและเป็นยุทธศาสตร์สำคัญลำดับที่หนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างจิตสำนึกให้กับคนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมีการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีรายได้ สามารถพึ่งตนเองได้ รวมถึงมีหลักประกันในชีวิตที่มั่นคง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ⁴ โดยมีกองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานที่มีการจัดดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมประชากรทุกช่วงวัยตามแผนยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ในเป้าประสงค์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมคนทุกวัย ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมให้มีความก้าวหน้า มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมผ่านเครือข่ายและกลไกในระดับพื้นที่ และคนทุกวัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติรองรับโครงสร้างของสังคมและการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะเกิดขึ้นก้าวสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีความพร้อมในการดำรงชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่าประชากรวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนยังขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มีความหลากหลายในกลุ่มอายุหรือแต่ละเจนเนอเรชัน ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันไป แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomers) เจนเนอเรชันเอ็กซ์ (Generation X) และเจนเนอเรชันวาย (Generation Y)⁶ อีกทั้งลักษณะงานของพยาบาลยังเป็นการดำรงชีวิตแตกต่างจากอาชีพอื่นในเรื่องของเวลาการทำงานและการพักผ่อน จากการต้องเข้าเวรทำงานใน 24 ชั่วโมง ของเวรเช้า บ่าย และดึก ต้องมีความรับผิดชอบสูง ต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียดเกือบตลอดเวลา รวมทั้งยังต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มากมายที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บจากการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องของหลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ รายได้ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีปัจจัยบางประการที่สามารถปรับเปลี่ยนและจัดกระทำได้หากนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริม และสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุได้อย่างมีคุณค่า และสามารถพึ่งตนเองได้⁸ ดังนั้นพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ไม่เกิดผลกระทบหลังการเกษียณอายุราชการ อาทิ

มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ไม่มีบ้านอยู่อาศัย ไม่มีบุตรหลานดูแล ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กล่าวคือ มีภาวะสุขภาพทั้งกายและใจที่ดี มีความสามารถทางสังคมเศรษฐกิจ ตระหนักถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถควบคุมตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิต จึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ในการช่วยบรรเทาหรือแก้ปัญหาผู้สูงอายุในสังคมได้⁹

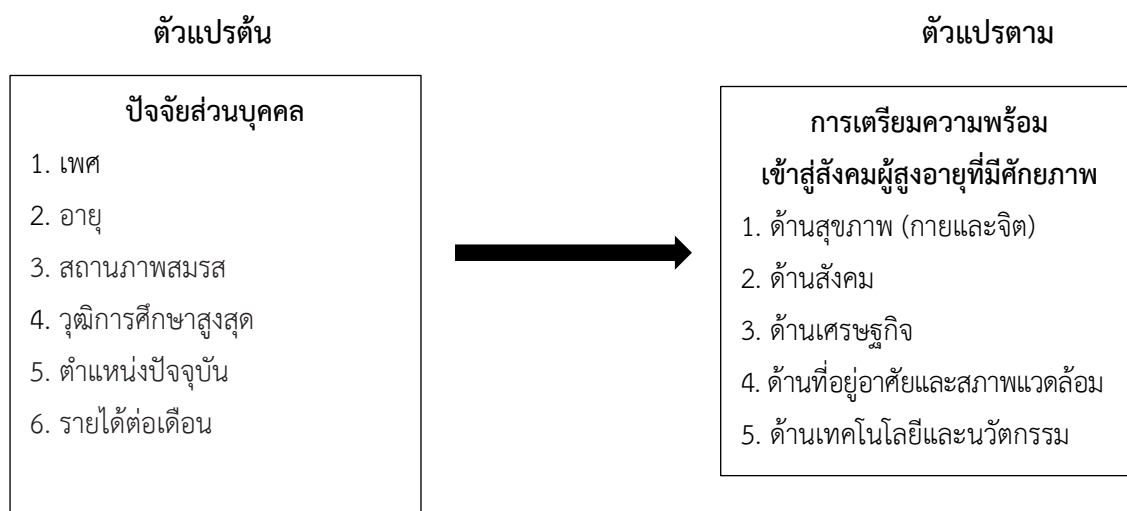
จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการพัฒนาแบบหรือโปรแกรมในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่าตัวแปรต้น คือ ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยตัวแปรตามใช้กรอบแนวคิดของกองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์¹⁰ กล่าวว่าความสูงวัยเป็นพัฒนาการช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ หากพัฒนาการตั้งแต่ช่วงวัยต้นๆมีความไม่สมบูรณ์ย่อมจะส่งผลกระทบต่อวัยสุดท้าย มนุษย์ควรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านต่างๆ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านสังคม 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และ 5) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพอายุตั้งแต่ 21-59 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 1,577 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน¹¹⁻¹² กรณิหาราจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10¹³ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 340 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน โดยคำนึงถึงสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ อายุ 21-30 ปี จำนวน 118 คน อายุ 31-40 ปี จำนวน 105 คน อายุ 41-50 ปี จำนวน 74 คน อายุ 51-59 ปี จำนวน 43 คน เมื่อได้สัดส่วนของแต่ละช่วงอายุแล้วคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดจนได้ครบตามจำนวน

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้ามศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุระหว่าง 21-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง 3) มีความสนใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เลขที่ 046/63 S ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับและการปฏิเสธไม่ส่งผลกระทบต่อผลการทำงาน/สิทธิประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับ และในแบบสอบถามจะไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเป็นรหัสตามสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะมีการใส่รหัสคอมพิวเตอร์ที่จะเข้าถึงข้อมูลที่จัดเก็บ และเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี และเมื่อครบเวลาข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูล ตลอดจนข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัย ซึ่งคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมครั้งนี้เท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของกองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ (กายและจิต) จำนวน 20 ข้อ 2) ด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งระดับการเตรียมความพร้อมเป็น 5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบสอบถาม มีการจัดช่วงคะแนน ดังนี้ คือ คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.50 ระดับน้อยที่สุด คะแนน 1.51 – 2.50 ระดับน้อย คะแนน 2.51 – 3.50 ระดับปานกลาง คะแนน 3.51 – 4.50 ระดับมาก และคะแนน 4.51 – 5.00 ระดับมากที่สุด ตามลำดับ¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้วิธีคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity Index = CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83 รวมทั้งปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.94 โดย 1) ด้านสุขภาพ = 0.83 2) ด้านสังคม = 0.86 3) ด้านเศรษฐกิจ = 0.88 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม = 0.90 5) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม = 0.87)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอเข้าพบกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยและดำเนินการพิกัดสิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือ ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาค้นคว้านี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 340 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.40 เพศชาย ร้อยละ 2.60 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 34.10 รองลงมา อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 29.10 อายุเฉลี่ย 30.07 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 91.80 ปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุดร้อยละ 75.90 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001- 30,000 บาท ร้อยละ 58.00 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 340)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	331	97.40
ชาย	9	2.60
อายุ		
21-30 ปี	116	34.10
31-40 ปี	99	29.10
41-50 ปี	81	23.90
51-60 ปี	44	12.90
อายุเฉลี่ย 30.07 ปี S.D.= 10.23		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	150	44.10
คู่	168	49.40
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	22	6.50
การศึกษา		
ปริญญาตรี	312	91.80
ปริญญาโทและสูงกว่า	28	8.20
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	258	75.90
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	46	13.50
พยาบาลชำนาญการพิเศษ	36	10.60
รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง		
15,001– 30,000	197	58.00
30,001– 50,000	101	29.70
มากกว่า 50,000 ขึ้นไป	42	12.30
$\bar{X} = 24,900$ S.D. = 1.29		

2. ระดับของการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมทั้ง 5 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การเตรียมความพร้อมระดับดี ได้แก่ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.47) และด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.58) รองลงมา มีการเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.41) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.79) และด้านสังคม ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.65) ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (N = 340)

การเตรียมความพร้อมรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	3.94	0.47	ดี
ด้านเศรษฐกิจ	3.73	0.58	ดี
ด้านสุขภาพ	3.42	0.41	ปานกลาง
ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	3.34	0.79	ปานกลาง
ด้านสังคม	3.28	0.65	ปานกลาง
รวม	3.38	0.45	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ กับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม

เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.75$, $p\text{-value} < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ($N = 340$)

ตัวแปร	การเตรียมความพร้อมของพยาบาลฯ	
	r	P value
อายุ	0.75	< 0.001

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ กับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2 = 16.247$, $P\text{-value} = 0.003$) แต่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าไคสแควร์ ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ($N = 340$)

ตัวแปร	การเตรียมความพร้อม	
	χ^2 / Fisher exact test	P-value
รายได้	16.247	0.003
เพศ	1.083	0.335
สถานภาพสมรส	1.417	0.492
ระดับการศึกษา	5.790	0.055
ตำแหน่งปัจจุบัน	4.050	0.132

การอภิปรายผล

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ อายุ 21-30 ปี เป็นวัยที่มีศักยภาพสูง และเป็นช่วงเวลาของการสร้างฐานะครอบครัวจึงมุ่งงานและการสร้างรายได้ ทำให้การตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมน้อยเพราะยังเป็นเรื่องไกลตัว ประกอบกับสถานที่ทำงานเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการจัดประสบการณ์ประชุมอบรมให้ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุให้กับพยาบาลวิชาชีพ ทำให้มีความรู้ ทักษะ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของณลินี ทิพย์วงศ์ และศิริลักษณ์ ศุภปีติพร¹⁵ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านการเงิน ด้านบทบาทในครอบครัว ด้านสุขภาพกาย ด้านการใช้เวลา และด้านที่อยู่อาศัย และการศึกษาของชัยวัฒน์ อ่อนโธสง และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านภาวะพลุดพลังตามกรอบนโยบายพลุดพลังขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อม

อยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาของอุทุมพร วานิชคาม¹⁷ ที่พบว่า ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่อยู่อาศัย รองลงมา คือ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และ ด้านสุขภาพ ตามลำดับ และมีความแตกต่างจากงานวิจัยของ ภาณุวัฒน์ มีชนะและคณะ¹⁸ ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่า ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของ ภคภัทร พิชิตกุลธรรมและคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี

สำหรับการเตรียมความพร้อมรายด้าน พบว่าด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการอยู่ใน Generation Y ที่เติบโตมาในสังคมยุคเทคโนโลยีดิจิทัล จึงมีความสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่และเรียนรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารการทำงานผ่านสังคมออนไลน์ได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนาตามแผนแม่บทตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ประเด็น 7 โครงสร้างพื้นฐานระบบโลจิสติกส์และดิจิทัล ในปี 2563 ได้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้นร้อยละ 70 รายงานสรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี 2563¹⁹ และกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนและผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในที่ทำงาน ซึ่งจำเป็นต้องขยับเรียนรู้เพิ่มเติมในนวัตกรรมที่เกิดขึ้นมาในสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อการรู้เท่าทันโลกและเทคโนโลยีในปัจจุบัน เช่น การติดต่อสื่อสารที่ใช้โทรศัพท์ การใช้อินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีเหล่านี้ล้วนแต่เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในสังคมไทยยุคปัจจุบันซึ่งต้องกล้าที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้ก้าวทันความล้ำหน้าของเทคโนโลยีในโลก²⁰

สำหรับด้านเศรษฐกิจ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีงานทำและสามารถหาอาชีพเสริมเพิ่มเติมได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลมองหาและสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตนเอง จึงมีกำลังทรัพย์ในการใช้จ่ายใช้สอยและมีเงินเหลือเก็บ โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดและอยู่ในตำแหน่งระดับชำนาญการและชำนาญการพิเศษที่มีทั้งเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร วานิชคาม¹⁷ ที่พบว่า ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านที่อยู่อาศัย รองลงมาคือ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ ตามลำดับ

ส่วนการเตรียมความพร้อมรายด้านระดับปานกลาง คือ ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และด้านสังคม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ทำงานหมุนเวียน เวรเช้า บ่าย และดึก ตลอด 24 ชั่วโมง บ่อยครั้งต้องปฏิบัติงานถึง 16 ชั่วโมง ใน 1 วัน ซึ่งพบในกลุ่มพยาบาลที่อายุน้อย ช่วงอายุ 22-40 ปีที่อยู่ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลในการขึ้นปฏิบัติงาน จึงใส่ใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากกว่าเรื่องสุขภาพของตนเองเพราะอายุน้อยแข็งแรง สำหรับด้านอาหารที่มีความสำคัญต่อสุขภาพในระยะยาวของชีวิต ในการบริโภคก็ไม่ค่อยได้เลือกอาหารเพื่อสุขภาพหรือปรุงอาหารเองต้องซื้อหรือสั่งซื้ออาหารตามสั่งมารับประทานให้ทันช่วงเวลาพัก จึงไม่ค่อยได้ใส่ใจในอาหารเพื่อสุขภาพเท่าที่ควร รวมทั้งยังมีสุขภาพแข็งแรงไม่ค่อยเจ็บป่วย แต่พบว่าในกลุ่มอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.90 จะใส่ใจในด้านการบริโภคอาหารมากขึ้น ประกอบกับไม่ได้ขึ้นเวร เมื่อเลิกงานแล้วก็จะสามารถประกอบอาหารเพื่อสุขภาพได้ดีกว่าทั้งมือเช้าและมือเย็น ส่วนในด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมและด้านสังคม อธิบายได้ว่าเมื่อกลับบ้านหรือหอบพักก็กลับเพียงแค่มานอนพักผ่อนแล้วเตรียมขึ้นปฏิบัติงานต่อ ทำให้ช่วงเวลาของการทำงานมีเวรบ่ายและดึกซึ่งไม่ตรงกับอาชีพอื่นๆ จึงส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์และการร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiles and Jayasinha²¹ ที่ว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นตัวเชื่อมระหว่างตัวตนกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนลินี ทิพย์วงศ์ และศิริลักษณ์ ศุภปิตพร¹⁵ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 มีคุณภาพชีวิต

อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านการเงิน ด้านบทบาทในครอบครัว ด้านสุขภาพกาย ด้านการใช้เวลา และด้านที่อยู่อาศัย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่ามี 2 ปัจจัย ประกอบด้วย อายุ และรายได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความหลากหลายในกลุ่มอายุหรือแต่ละเจนเนอเรชันจึงมีลักษณะที่แตกต่างกันไป เช่น พยาบาลในกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomers) มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับเรื่องการรักษา ความเจ็บป่วย การประกันชีวิต และเงินออมหลังเกษียณ ส่วนพยาบาลในกลุ่มเจนเนอเรชันเอ็กซ์ (Generation X) จะให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อจะสร้างความมั่นคงให้กับตนเอง และครอบครัวและพยาบาลในกลุ่มเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) เพิ่งเริ่มก้าวเข้ามาสู่วัยทำงาน อาจมองว่าการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นเรื่องไกลตัว จึงไม่ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในช่วงวัยของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม¹⁷ ที่ พบว่า ประชาชนที่มีอายุแตกต่างกัน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในภาพรวมแตกต่างกัน และการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา²² ที่ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มากขึ้นตามอายุที่เพิ่ม จึงควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อม โดยเริ่มต้นเมื่ออายุน้อย เพื่อการเข้าสู่สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงประกอบอาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ในปัจจุบันทำให้มีรายได้ที่มั่นคง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต เมื่อมีรายได้สม่ำเสมอจะสามารถจัดสรรและวางแผน ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร²³ ที่ พบว่า การมีรายได้เป็นหลักประกันในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการศึกษาของ ชนัญญา ปัญจพล²⁴ ที่ พบว่า ระดับเงินเดือน มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อมทางการเงินในการออมและสะสมทรัพย์เพื่อเป็นหลักประกันไว้ใช้ในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา²² ที่ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ นับเป็นปัจจัยเอื้อ ในด้านเศรษฐกิจที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หากมีรายได้ต่ำภาวะเศรษฐกิจไม่ดีจะส่งผลต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุน้อยลง

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีการใช้ชีวิตที่คล้ายกัน อายุใกล้เคียงกันที่กำลังอยู่ในช่วงวัยของการทำงานเพื่อจะสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว อีกทั้งเป็นช่วงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายและจิตใจยังมีความเสื่อมถอยน้อย จึงส่งผลให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม¹⁷ ที่ พบว่า ประชาชนที่มีเพศแตกต่างกัน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันในภาพรวม และการศึกษาของ ภคภัทร พิชิตกุลธรรม และคณะ⁸ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบันเพศชายและเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่เท่าเทียมกัน ต้อง

ช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวและต้องดูแลครอบครัวเหมือนกัน จึงส่งผลให้เพศไม่สามารถร่วมทำน่ายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้

สถานภาพสมรส การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและคู่ มีจำนวนใกล้เคียงกัน มีอิสระในการตัดสินใจปฏิบัติงาน ได้รับสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือการสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงานไม่แตกต่างกันจึงส่งผลให้สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ ชาลี²⁵ ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการศึกษาของ ทิพย์ธิดา ณ นคร และสาระ มุขติ²⁶ ที่พบว่าสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน มีการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและเอก จึงสามารถนำความรู้และประสบการณ์ของตนมาปรับใช้ประโยชน์ในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติการเตรียมความพร้อมได้ไม่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ และการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม¹⁷ ที่พบว่า ประชากรที่มีระดับการศึกษาต่างกันไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ตำแหน่งปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในแต่ละตำแหน่งต่างมีความรับผิดชอบที่คล้ายกัน เป็นตำแหน่งงานที่เป็นข้าราชการที่มีความสามารถ จึงมีการวางแผนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ตำแหน่งปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา ปัญจพล²⁴ ที่พบว่า อายุการทำงาน ลักษณะตำแหน่งงานในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ นลินี ทิพย์วงศ์ และศิริลักษณ์ ศุภปิตพร¹⁵ ที่พบว่าตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิควรตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของพยาบาล เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่สอดคล้องแต่ละกลุ่มวัยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารองค์กรและฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของพยาบาลเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีการจัดอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการ/กิจกรรม/การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยเน้นในเรื่องสุขภาพดี สังคมดี ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมดี การเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้มีความพร้อม มีการวางแผนที่ดีเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนาตนเองให้พร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้กับชีวิตการทำงานในปัจจุบัน ในทุกระดับ ในโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทักษะต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ หรือโปรแกรมการส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีบริบทสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนวัยสูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population aging [Internet]. 2019 [cited 2021 April 18]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
3. สุมาวลี จินดาพล. ความคาดหวังในชีวิตหลังเกษียณในกลุ่มเบบี้บูมเมอร์และเจนเอเรชั่นเอกซ์ในกรุงเทพฯ มหานครและเชียงใหม่. วารสารสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างวินิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;18:21-35.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/download/knowledge/>
6. ปาริชาติ ญาตินิยม, วรณภา ศรีธัญรัตน์. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40:50-9.
7. ชนาภา ชิตชาญชัย, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37:213-20.
8. ภกัทร พิษิตกุลธรรม, ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขต อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27:89-99.
9. สิริพิมพ์ ชูปาน. พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;28:1-12
10. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. เติมรู้ เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
11. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ 2557;7:112-20.

12. Chuan CL. Sample size estimation using Krejcie and Morgan and Cohen statistical power analysis: A comparison. Journal Penyelidikan IPBL 2006;7:78-86.
13. สมใจ วินิจกุล, นุศ ทิพย์แสนคำ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2559;1:5-15.
14. Likert RA. Technique for the Measurement of Attitude: Chicago: Rand Mc Nally; 1993.
15. นลินี ทิพย์วงศ์, ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560;61:103-15.
16. ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, กัลยรัตน์ ศรีกล้า, สุริรัตน์ สิ้นสันต์, วรรณาท พรหมศวร. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากร ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38:53-62.
17. อุทุมพร วานิชคาม. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2562;25:165-79.
18. ภาณุวัฒน์ มีชนะ, ณิชชาภัทร ชันสาคร, ทัศนีย์ ศีลาวรรณ, ทัศนีย์ รวีวรกุล, เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2560;11:259-71.
19. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2564.
20. จุฑารัตน์ แสงทอง. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกึ่งวิชาการ 2560;38: 6-28.
21. Wiles JL & Jayasinha R. Care for place: The contributions older people make to their communities. Journal of Aging Studies 2013;27:93-101.
22. ดลนภา ไชยสมบัติ, บัวบาน ยะนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;29:131-143.
23. สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ, อุบลวรรณ หงษ์วิทยากร. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี 2559;10:62-76.
24. ชนัญญา ปัญจพล. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
25. จิราวรรณ ชาลี. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
26. ทิพย์ธิดา ณ นคร, สาระ มุขดี. การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในบริบทสังคมไทย. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ 2561;4:11-8.

**ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่าย
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาภ่อนนัดหมาย**

สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค พย.ม.*

บทคัดย่อ

มารดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร แสดงให้เห็นถึงความสามารถในดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ โปรแกรมการเตรียมมารดาอาจช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา 2) เปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษาภ่อนนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมฯ การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดและประเมิน 3 ครั้ง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดที่รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 2 จำนวน 50 คู่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่าย 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด 3) แบบบันทึกข้อมูลของทารกคลอดก่อนกำหนด 4) แบบบันทึกการ Follow up และ 5) แนวคำถาม Focus group วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ One-way repeated measure ANOVA และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดติดตามผลสูงกว่าหลังและก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 2) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาภ่อน Follow up เท่ากับ ร้อยละ 0 และพบว่ามารดาทุกคนเห็นว่ากิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งที่ดีที่หอผู้ป่วยควรปฏิบัติต่อไป สรุปว่าโปรแกรมการเตรียมมารดา ช่วยให้มารดารับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาภ่อนนัดหมายควรใช้โปรแกรมฯในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และจัดการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง การป้องกันการติดเชื้อ ทารกคลอดก่อนกำหนด
การนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author email: tew_jete@hotmail.com

วันที่รับ (received) 19 มิ.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 เม.ย. 2565

Effects of Maternal Preparation Program on Self-Efficacy to Prevent Infection in Preterm Infants before Discharge and Readmission Rates before Follow-Up Appointments

Sakonsupa Apichutboonchock M.S.N.*

Abstract

Mothers who had perception of self-efficacy in their baby care, show that they are able to care for preterm infants to prevent infection. Maternal prepare program may enhance their perception of self-efficacy. The purposes were 1) to compare the mean scores of the mother's self-efficacy to prevent the preterm infants' infection among before, after, and follow-up maternal prepare program; and 2) to compare the readmission rates of preterm infants before follow-up appointment after the program. Quasi-experimental research design was conducted in three trials. The samples were 50 pair mothers and their preterm infants who were admitted in pediatric II unit. The research tools were 1) maternal prepare program to prevent preterm infants' infection; 2) the assessment form of mothers' perception of self-efficacy to prevent the preterm infants' infection; 3) the preterm infant record form; 4) the follow-up record form; and 5) the guideline of focus group questions. Descriptive statistics and one-way repeated measure ANOVA were used to analyzed quantitative data, whereas content analysis was used to analyzed qualitative data. The results showed two parts. Firstly, the mean score of mother's self-efficacy to prevent preterm infants' infection in the follow-up program was significantly higher than the mean scores of mothers' self-efficacy to prevent preterm infants' infection after and before program ($p < .01$). Secondly, the readmission rate before follow-up appointment was equal to 0 percent. In conclusion, maternal preparation program enhances mother's self-efficacy to prevent preterm infants' infection before discharge and reduce readmission rates before follow-up appointments. The maternal preparation program will be concerned in neonatal unit and in nursing education for nursing students.

Keywords: self efficacy, infection preventing, preterm infants, follow up

*

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author email: tew_jete@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature infant) คือ ทารกแรกคลอดเมื่อมีอายุในครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน¹⁻³ อุบัติการณ์ ในประเทศไทยพบรายงานจากภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์) ร้อยละ 10.62⁴ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา พบอัตราการเกิดของ Preterm infant ทั่วโลก ร้อยละ 5-18 ของทารกเกิดทั้งหมด⁵ ผลกระทบของการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า มีตายคลอด (Still birth) ปีละ 2.6 ล้านราย และทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน เสียชีวิตปีละ 3.1 ล้านราย และพบผลกระทบต่อทารกกลุ่มอายุครรภ์ 32 - 34 สัปดาห์ มีภาวะทุพพลภาพในระยะยาว คือการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCD)⁶ และการทำหน้าที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Innate immunity) ซึ่ง IgG จากมารดาจะผ่านรกสู่ทารกไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดการติดเชื้อโรคได้ง่าย⁷⁻⁸ เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย (Infections) จะทำให้เกิดภาวะติดเชื้อ (Sepsis) เป็นสาเหตุทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตตาม⁹

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่า ในปีงบประมาณ 2559-2561 มีทารกคลอดก่อนกำหนดเกิดร้อยละ 11.32, 11.74 และ 12.14 ตามลำดับ¹⁰ มีการรอดชีวิตจากการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 และนัดหมายติดตามผล (Follow up) จำนวน 245 ราย, 238 ราย และ 241 ราย ตามลำดับ แต่ในจำนวนทารกที่ได้รับการนัดหมายเหล่านี้ เฉพาะในปีงบประมาณ 2561 มีการกลับเข้ารับรักษาก่อนถึงวันนัดหมาย Follow up ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยอาการติดเชื้อทุกระบบ โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 7.29 และเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 12.01 ของทารกที่ได้รับการนัดหมาย Follow up¹¹ ซึ่งกองการพยาบาลได้กำหนดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของทุกโรงพยาบาลในระดับประเทศมาตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา¹² และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้กำหนดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไว้ต่ำกว่าร้อยละ 5¹³ ผลกระทบของการติดเชื้อต่อสุขภาพของทารก คือทำให้ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ อ่อนแอ มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามวัย และยังส่งผลกระทบต่อมารดา บิดาหรือผู้ดูแล ต้องเสียเวลาในการพามาโรงพยาบาลในกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และเสียเวลาในการดูแลในโรงพยาบาลในกรณีเป็นผู้ป่วยใน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงานและโรงพยาบาลซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากปัญหาอัตราการกลับเข้ารับรักษาก่อนถึงวันนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข จากการวิเคราะห์หาปัจจัยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสอบถามมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกในการป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้ทารกเหล่านี้กลับเข้ารับรักษาก่อนถึงวันนัดหมาย Follow up (ก่อน 28 วัน) คือมารดาหรือผู้ดูแลพร่องความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ วนิสา หะยิเชะ และคณะ¹⁵ ที่พบว่ามารดาขาดความรู้และทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบกับลักษณะโครงสร้างและสรีระของทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ทารกมีการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพร่องความรู้และทักษะข้างต้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าถ้ามารดาสามารถเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการดูแลป้องกันการติดเชื้อ (Infection prevention) หลังจำหน่ายกลับบ้าน จะช่วยส่งเสริมให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง ภูมิคุ้มกันต้านทานดี และไม่มีการติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา ก่อนนัดหมาย Follow up ได้ ดังนั้นจากการทบทวน

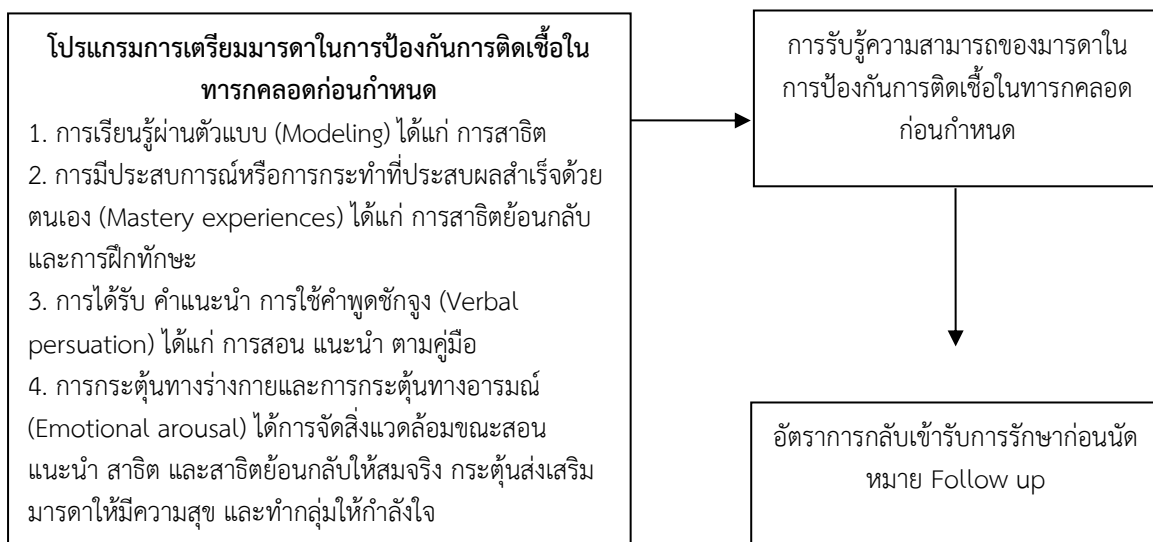
วรรณกรรมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พบว่าการส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้และทักษะการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล จะส่งผลให้มารดาสามารถปฏิบัติต่อทารกต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง¹⁴⁻¹⁶ และเพื่อให้มารดาได้มีความรู้และทักษะในการดูแลทารกหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรในหอผู้ป่วยเด็ก 2 จึงได้คิดพัฒนาโปรแกรมการเตรียมมารดาให้สามารถดูแลป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura¹⁴⁻¹⁶ ขึ้นมาใช้กับมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยครั้งนี้จะสามารถส่งเสริมความสามารถของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดได้เป็นอย่างดี และแก้ไขปัญหามารดาเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวของทารกและโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดการเตรียม (Prepare) มารดา โดยการสอน แนะนำ และสาธิตเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (Infection prevent) ในทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm infant) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy) ของ Bandura¹⁴⁻¹⁶



แผนภูมิ กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด หลัง ได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา

2. อัตราการเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนด หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา ต่ำกว่าร้อยละ 5

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา และเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนด หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา ต่ำกว่าร้อยละ 5 มีการดำเนินการวิจัยในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดและประเมิน 3 ครั้ง (One group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ด้านมารดา เป็นหญิงหลังคลอดที่คลอดบุตรทางช่องคลอด มีสถานภาพสมรส มีบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็ก 2 ไม่ต่ำกว่า 5 วัน สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรม และมีสติสัมปชัญญะดี พูดอ่านและสื่อสารภาษาไทย ได้รู้เรื่องและชัดเจน ด้านทารก เป็นทารกที่คลอดทางช่องคลอดเมื่อมีอายุในครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 2 มารดามีส่วนร่วมในการดูแลไม่ต่ำกว่า 5 วัน ก่อนจำหน่าย และมีการนัดหมายมาตรวจตามนัดหมาย (Follow up) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ ด้านมารดา เป็นหญิงครรภ์แรก และผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ด้านทารก เป็นทารกที่แพทย์ยังไม่วางแผนการจำหน่ายหรือวางแผนการจำหน่ายนานกว่า 1 สัปดาห์ ทารกมีภาวะวิกฤตที่ต้องใช้ออกซิเจน และทารกมีโรคร่วมโดยแพทย์วินิจฉัย ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีรูปปรีตหรือพิการตั้งแต่แรกเกิด

การควบคุม Confounding factors ที่เป็นตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous variance) โดยใช้หลักหลักการ Min-Max-Con Principles โดย Max = จัดให้มีตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระเพียง 1 รูปแบบ คือโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่าย ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระให้มีความแตกต่างกัน Min = ลดความแปรปรวนอันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนให้มีค่าต่ำสุด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่มอย่างเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก และเครื่องมือที่ใช้วัดมีความเที่ยง (Reliability) สูง เท่ากับ 0.85 และ Con = ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ โดยจัดให้ผู้ทำกิจกรรมตามโปรแกรมเพียง 1 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันตามตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก และใช้สถิติควบคุม โดยการให้ทำ Pretest-Posttest

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการเตรียมมารดา ผู้วิจัยสร้างเองตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy) ของ Bandura¹⁶ และดำเนินการกระบวนการสร้างโปรแกรมตามแนวคิดของซูกัพ (Soukup)¹⁷ ประกอบด้วย 1) ค้นหาปัญหา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 3) การพัฒนาโปรแกรม โดยเนื้อหาโปรแกรมปรับปรุงจาก 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เนื้อหาการสอนและแนะนำการเลี้ยงบุตรที่บ้านของหอผู้ป่วย ได้แก่ (1) การให้อาหารเสริม และให้นมแม่ (2) การอาบน้ำ (3) การมาตรวจตามนัด และ (4) การรับวัคซีนตามช่วงอายุ และส่วนที่ 2 กิจกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ได้แก่ (1) การทำความสะอาดตัวทารก สิ่งของเครื่องใช้ เสื้อผ้า เครื่องนอน (2) การจัดและจำกัด

สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และ (3) การให้อาหารเสริม และ 4) นำโปรแกรมไปทดลองใช้ โดยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก 2 ทดลองใช้พร้อมทั้งเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของมารดา ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดในการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นกลุ่มค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ หากคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน หากค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) แล้วแก้ไขเพิ่มเติมตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาของทารกมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีลักษณะเดียวกัน ที่อยู่หอผู้ป่วยเด็ก 2 จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.85 2) แบบบันทึกข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนด 3) แบบบันทึกการนัดหมาย Follow up และ 4) แนวคำถามการประชุมกลุ่ม ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ “การสาธิตย้อนกลับและการฝึกทำกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นอย่างไรบ้าง อยากให้เพิ่มเติมประเด็นใด หรือไม่ อย่างไร” “ความรู้ที่ได้รับ ที่ไม่สามารถสาธิตให้เห็นได้เป็นอย่างไร อยากให้เพิ่มเติมประเด็นใด หรือไม่ อย่างไร” และ “มีความรู้สึกเกี่ยวกับดูแลและป้องกันการติดเชื้อในบุตรหลานของท่านอย่างไร ต้องการการช่วยเหลืออย่างไร” ใช้ถามมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประเมินคุณภาพแบบบันทึก ในข้อ 2) และ 3) โดยใช้วิธีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านข้างต้น ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 1 พร้อมแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และแนวคำถามในข้อ 4) ประเมินคุณภาพโดยหาความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความคงเส้นคงวาในการสนทนากลุ่มด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) รูปแบบ Reviews Triangulation ด้วยการให้บุคคลต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ นักวิจัย ทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC. 23/2562 ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ มีการเก็บข้อมูลไว้ที่ทีมวิจัย เมื่อโครงการเสร็จสิ้นมีการจัดการกับข้อมูลไว้ที่ทีมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์เท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนการให้โปรแกรม เป็นการวัดผลครั้งที่ 1

2. ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมในการเตรียมมารดาในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ซึ่งกลยุทธ์นี้คือวิธีการต่าง ๆ ในโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy) ของ Bandura¹⁶ ประกอบด้วย 1) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experiences) ได้แก่ การสาธิตย้อนกลับ และการฝึกทักษะ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) ได้แก่ การสาธิต 3) การได้รับ คำแนะนำ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ได้แก่ การสอน แนะนำ ตามคู่มือ และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)

ได้การจัดสิ่งแวดล้อมขณะสอน แนะนำ สาธิต และสาธิตย้อนกลับให้สมจริงกระตุ้นส่งเสริมมารดาให้มีความสุข โดยจัดกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง ในช่วงบ่าย ใช้เวลา ครั้งละ 30 - 45 นาที จำนวน 3 ครั้ง

จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดร่วมกับผู้วิจัย เก็บข้อมูลแบบ Mixed method เพื่อยืนยันว่าผลของวิจัยเชิงปริมาณ โดยแนวคำถาม ได้แก่ “การสาธิตย้อนกลับและการฝึกทำกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นอย่างไรบ้าง อยากให้เพิ่มเติมประเด็นใด หรือไม่ อย่างไร ” “ความรู้ที่ได้รับ ที่ไม่สามารถสาธิตให้เห็นได้ เป็นอย่างไร อยากให้เพิ่มเติมประเด็นใด หรือไม่ อย่างไร ” และ “มีความรู้สึกเกี่ยวกับดูแลและป้องกันการติดเชื้อในบุตรหลานของท่านอย่างไร ต้องการความช่วยเหลืออย่างไร ” นอกจากนี้ยังทำให้มารดาได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคใน การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการติดเชื้อ และให้กำลังใจแก่มารดาในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดเมื่อดำเนินการครบ 4 กลยุทธ์

3. ดำเนินการวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดา หลังการให้โปรแกรม ก่อนจำหน่าย เป็นการวัดผลครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

4. วัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดา เมื่อกลับมาตามนัดหมาย Follow up ตรงวันนัดหมาย เป็นการวัดผลครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบการคงอยู่ของการรับรู้ การจำและการติดตามทฤษฎีของ เอ็ดการ์ เดลีย์¹⁸ โดย Edgar Dale ศึกษาพบว่าการเรียนรู้แบบ Learning by doing ที่เป็น Active learning จะทำให้ผู้เรียนคงความจำ หลังจากเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ เหลือประมาณ 90% ทั้งนี้เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของความรู้จากกระบวนการเรียนรู้ในโปรแกรม

5. วัดอัตราการกลับเข้ารับรักษาก่อนนัดหมาย Follow up

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ One-way repeated measure ANOVA โดยเงื่อนไข เป็นการทดสอบความแปรปรวนแบบเกี่ยวข้อกัน กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน และวัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง จากคนหรือหน่วยที่ต้องการศึกษาเดียวกัน และเนื่องจากการกระจายของข้อมูลในแต่ละครั้งเป็นโค้งปกติ จึงใช้เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance Matrix) โดยคะแนนในแต่ละครั้งมีความแปรปรวนเท่ากัน และความแปรปรวนร่วมเท่ากัน และมีความเป็นเมทริกซ์สมมาตร (Compound Symmetry) โดยเงื่อนไข จึงสามารถใช้ One-way repeated measure ANOVA วิเคราะห์ข้อมูลได้ และการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเลือกใช้วิธีการคำนวณแบบ Sphericity และเมื่อทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity พบว่า Mauchly's W เท่ากับ 0.116 Approx. Chi-Square 103.204 และค่า p-value .00

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ในส่วนของการรับรู้ความสามารถของมารดา ก่อน หลัง และติดตามผล การได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา ก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.26) การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา มีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.01, S.D. = 0.33) และหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา มีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ต่ำกว่า การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.97, S.D. = 0.34) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความสามารถของมารดา ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผล โดยใช้สถิติพรรณนา (N = 50)

การรับรู้ความสามารถ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.
ก่อนได้รับโปรแกรม	1.96	4.62	3.40	0.26
หลังได้รับโปรแกรม	2.42	4.92	3.97	0.34
ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม	2.66	4.92	4.01	0.33

2. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างต้องได้มาจากการสุ่ม (Probability sampling) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 3 ครั้ง มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) (N = 50)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	98	3.81	0.03		
ภายในกลุ่ม	2	11.68	5.84	149.91	.000*

*p-value= .01

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม รายคู่ทั้ง 3 ครั้ง โดยวิธีทดสอบของ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อน หลัง และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม การจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา รายคู่ทั้ง 3 ครั้ง โดยวิธีทดสอบของ Bonferroni

ผลต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในการป้องกัน	Mean	S.D.	p-value
การติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด	Difference		
ก่อนได้รับโปรแกรม – หลังได้รับโปรแกรม	-0.566*	0.047	.000
ก่อนได้รับโปรแกรม – ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม	-0.049*	0.010	.000
หลังได้รับโปรแกรม-ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม	-0.651	0.049	.000

*p-value = .01

4. อัตราการเข้ารับการรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ของทารกคลอดก่อนกำหนด และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา พบว่าแพทย์นัดหมาย Follow up เพื่อติดตามผลการรักษา หลังจำหน่ายเป็นเวลา 14 วัน ทุกราย และพบว่าในช่วงเวลาจำหน่าย

กลับบ้าน ไม่พบมารดาพาทารกกลับเข้ารับรักษาก่อนนัดหมาย Follow up ซึ่งพบว่าอัตราการกลับรับการรักษา ก่อนนัดเท่ากับ ร้อยละ 0

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) การสาธิตแต่ละกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า เป็นสิ่งที่ดีที่ห่อผู้ป่วยควรปฏิบัติต่อมารดาทุกคน 2) การสาธิตย้อนกลับและการฝึกทำกิจกรรมด้วยตนเอง พบว่า มารดาสามารถทำได้เนื่องจากมีตัวแบบที่ดี จึงสามารถทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างภูมิใจ 3) ความรู้ที่ได้รับที่ไม่สามารถสาธิตให้เห็นได้ พบว่า มีคู่มือเลี้ยงลูกให้เป็นสิ่งที่ดี ดูรูป และตัวหนังสือ อ่านง่าย และ 4) ความรู้สึกเกี่ยวกับดูแลและป้องกันการติดเชื้อในบุตร พบว่า มารดา ทุกคนรู้สึกว่าจะตนเองจะสามารถดูแล และป้องกันการติดเชื้อตามแนวทางของโปรแกรม ได้

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด รายคู่ หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา สูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเตรียม มารดาในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดนี้ มีประสิทธิภาพสามารถทำให้มารดารับรู้ถึง สิ่งที่ตนเองจะปฏิบัติต่อบุตรคลอดก่อนกำหนดของตน ในการป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถตนเองของ Bandura¹⁶ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ทั้งขณะสอน แนะนำ สาธิต และสาธิตย้อนกลับ จัดสถานการณ์ให้สมจริง เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมมารดา ให้มีความสุขในการรับรู้ และปฏิบัติต่อบุตรได้อย่างจริงจัง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดร่วมกับผู้วิจัย ให้มารดาได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรือ อุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการติดเชื้อ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาในการดูแลและ ป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด ให้สามารถนำกิจกรรมต่างๆ กลับไปปฏิบัติต่อบ้านได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาในการป้องกัน การติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีผลการวิจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของ Bandura¹⁶ ได้แก่ การศึกษาของเดือนเพ็ญ บุญมาชู และเสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี¹⁴ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้พฤติกรรม การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา และภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองมารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และหลังการทดลอง ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนน เฉลี่ยภาวะสุขภาพดีกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่มารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทาง สถิติ ($p < .05$) ประเด็นที่เหมือนกันกับการวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกคลอดก่อน กำหนด ใช้แนวคิดของ Bandura ในขั้นตอนการให้โปรแกรม สิ่งที่แตกต่างกันคือวิธีการและการออกแบบ การวิจัย การวัดตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาที่วัดในส่วนของรับรู้พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนด และภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด และวัดเฉพาะ ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่วัดตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ถึง 3 ครั้ง โดยทั้งระยะห่างการวัดตั้งแต่

วันจำหน่ายผู้ป่วย จนกระทั่งกลับมาตรวจตามนัดหมาย Follow up และมีการวัดอัตราการเข้ารับการรักษาก่อนวันนัดหมาย Follow up ด้วย

จากการวิจัยครั้งนี้ต้องการนำเสนอว่า เมื่อมารดามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนดสูง จะส่งผลให้มารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในบุตรของตนได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิชา ศรีละมัย และณณมล ชีระรังสิกุล¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งหลังจากมารดาได้รับโปรแกรมพบว่า มารดามีความมั่นใจ และรับรู้ถึงความสามารถของตนที่ให้การเลี้ยงดูทารกดี ส่งผลทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกได้ดีขึ้น ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของซูจิ อธิเบญญากุล และคณะ²⁰ ที่ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง ประสิทธิภาพการให้นมทารก และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ซึ่งมีขั้นตอนในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในชั้นการสอนและแนะนำ ซึ่งการแนะนำทุกครั้งจะใช้คำพูดที่เป็นการชักจูง และโน้มน้าวให้มารดาได้ปฏิบัติตาม ซึ่งมารดาจะเกิดการเรียนรู้สามารถปรับและแก้ไขการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มารดาสามารถให้นมทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงมีผลทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มมารดาที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริม นอกจากนี้ ยังมีผลการวิจัยที่สนับสนุนความเชื่อที่ว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดี และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การศึกษาของ วนิสา หะยิเชะ และคณะ²¹ ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารกต่อภาวะสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนดมุสลิม ในจังหวัดนราธิวาส โดยการเปรียบเทียบระดับความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกคลอดก่อนกำหนดมุสลิม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล และทารกคลอดก่อนกำหนดมุสลิม มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปี ที่จำหน่ายกลับบ้านแล้ว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหน่วยงาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ตัวแปรที่วัด คือ ความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ น้ำหนัก ความยาว และพัฒนาการ และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารก ผลการวิจัยพบว่า ทารกในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นกว่าทารกในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วนความยาว และพัฒนาการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

นอกจากนี้ ยังมีการวิจัยของต่างประเทศเกี่ยวกับการรับรู้ในความสามารถของตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลที่ได้อาจไม่ได้วัดและประเมินผลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโดยตรง แต่การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในผลการวิจัยต่าง ๆ นั้นจะส่งผลให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ ได้แก่ ผลการวิจัยของ Turkan Kadiroglu และ Fatma Güdücü Tufekci²² ที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดแบบสายสัมพันธ์ต่อความสามารถและความมั่นใจในตนเอง รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม Pre-post test กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดใน NICU โรงพยาบาล Maternity ประเทศตุรกี กลุ่มทดลองจำนวน 30 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 33 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับดูแลจากหอผู้ป่วยตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกฝนให้ดูแลทารกเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย (ปาก, ท้อง ตา, ลักษณะเฉพาะของผิวหนัง การอาบน้ำ และเสื้อผ้าของทารก) โภชนาการ (วิธีให้นมแม่) พ่อแม่ ปฏิสัมพันธ์ของทารก (การสัมผัสทางผิวหนังกับผิวหนัง, การสบตากับตา) การควบคุมอุณหภูมิ การฉีดยาวัคซีน และการดูแลที่บ้าน (การนอนหลับ ความร้อนและการระบายอากาศ เสียง, แสง, นวด, ตำแหน่ง) โดยใช้เวลา

ฝึกฝนครั้งละ 20 นาที จำนวน 4 ครั้ง ก่อนทารกจำหน่าย 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองในการดูแลบุตรหลังได้รับการฝึกฝนสูงกว่าก่อนฝึก และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองในการดูแลบุตรหลังได้รับการฝึกฝนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Shahla Moradi และคณะ²³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมศักยภาพต่อความสามารถของตนเองในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม Pre-post test กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดใน NICU โรงพยาบาล Kermanshah ประเทศอิหร่าน กลุ่มทดลองจำนวน 30 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับดูแลจากหอผู้ป่วยตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลทารกประกอบด้วย การล้างมือ การให้อาหาร การฝึกกระตุ้นทารก การใช้ยา การสัมผัสและนวดทารก วิธีการอาบน้ำ การป้องกันการติดเชื้อ สัญญาณเตือนและทารกแรกเกิด ก่อนทารกจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นเมื่อทารกจำหน่ายกลับบ้านเป็นเวลา 15 วัน ติดตามให้มารดาทำ Post-test ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองในการดูแลบุตรหลังได้รับการส่งเสริมศักยภาพสูงกว่าก่อนการส่งเสริม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองในการดูแลบุตรหลังได้รับการส่งเสริมศักยภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง และโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองของมารดายังสามารถใช้ได้กับเฉพาะกิจกรรมได้ ดังผลการวิจัยของ Lee Buhyun และ Bang Kyung-Sook²⁴ ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถตนเองของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ต่อเนื้อที่ที่บ้าน เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ให้นมแม่แก่บุตรที่คลอดก่อนกำหนดทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื้อที่ที่บ้าน กลุ่มทดลองจำนวน 23 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คู่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Seoul National University ประเทศเกาหลี กลุ่มควบคุมได้รับดูแลและจำหน่ายจากหอผู้ป่วยตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการสอน สาธิต และให้ความรู้เกี่ยวกับนมแม่ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายมีการให้ความรู้มารดาอย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย หลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ให้มารดาทั้ง 2 กลุ่ม ได้ทำแบบประเมินความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ระดับคะแนนในการติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดาสูงกว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับความคงทนของความรู้ การลืม และประสบการณ์²⁵⁻²⁶ โดยแนวคิดนี้สนับสนุนว่า เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ความรู้ความจำนั้นๆ จะลดลงเหลือ 90 % และเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรู้จะลดลงเหลือ 60 % หรือ 30 % ขึ้นอยู่กับว่ามีการเรียนรู้ผ่านสื่อใด ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว แต่สนับสนุนทฤษฎีของ Dale Edgar¹⁸ ซึ่งได้กล่าวถึงความคงทนของความรู้ไม่ลืมในการจำ และความคงอยู่ของการจำเป็นการรับรู้ชนิดหนึ่งที่ผ่านสื่อหลายแบบ แต่มีสื่อหรือวิธีการหนึ่งที่ทำให้คนไม่ลืม คือการให้คนได้ปฏิบัติจริง ที่เรียกว่า Do the real thing และเมื่อคนได้ปฏิบัติอยู่อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดทักษะ เกิดความชำนาญ จะทำได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเปรียบได้กับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากการติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม เก็บข้อมูลเมื่อมารดาพาทารกคลอดก่อนกำหนดมาตรวจตามนัดหมาย (Follow up) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมทันที ซึ่งแนวคิดนี้ ชูใจ อธิเบญญากุล และคณะ²⁰ ได้ค้นพบจากการวิจัยของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง ประสิทธิภาพการให้นมทารก ซึ่งพบว่าเวลาผ่านไประดับคะแนนสมรรถนะการให้นมบุตรมีระดับสูงขึ้น ตัวแปรตามคือน้ำหนักทารกที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ที่ทารกคลอดก่อนกำหนดควรจะมี สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ที่ว่าเวลาผ่านไป มารดาได้ทำกิจกรรมกับบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด

ตลอดเวลา ทำให้เกิดความชำนาญ มีกลวิธีที่จะป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ดีขึ้น ระดับคะแนนเฉลี่ยจึงสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการกลับมาตรวจตามนัดหมาย (Follow up) ตามเวลาที่นัดหมายไว้

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นผลการวิจัยในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นเฉพาะกลุ่มมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า-ออก เพียง 50 คน และโปรแกรมที่ใช้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยเด็ก 2 เท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงหอผู้ป่วยทารกอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการสามารถนำไปทำการวางแผนการจำหน่ายสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด โดยเพิ่มจัดให้มีคู่มือให้แก่บิดา มารดา หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ดูแล เป็นแนวทางเดียวกัน
2. ด้านการบริหารสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้รับผิดชอบรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น กำหนดหัวข้อในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เน้นการป้องกันการติดเชื้อ
3. ด้านการวิจัย ผลจากการวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการทำวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีข้อมูลบางประการที่ยังไม่ครอบคลุม โดยงานวิจัยที่จะทำถัดไปคือ Research & Development เพื่อพัฒนากิจกรรมต่างๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีจากความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยอาจารย์ อภิรติ เจริญบุญกุล และอาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และชี้แนะในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้บริหารวิทยาลัยที่ให้ความสำคัญกับการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมที่มีประเด็นให้ปรับและแก้ไขวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษา และตรวจสอบเครื่องมือ พยาบาลและบุคลากร มารดา และทารกคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยเด็ก 2 ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและให้ข้อมูล และการสนทนากลุ่มด้วยดีตลอดมา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการในครอบครัวที่ให้เวลาในการพัฒนางานวิจัยทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิณา จีระแพทย์. การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2554.
2. พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย, กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง. ใน: คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็ก และวัยรุ่นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2554. หน้า 1-19.

3. สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค. การเตรียมบิดามารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดในการส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารก่อการุณย์ 2557;21:38-50.
4. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Annual Report: สถิติประจำปี (ทางสถิติศาสตร์). ภาควิชาสถิติศาสตร์และนรีเวชวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
<https://council.cmu.ac.th/th/annual-report-2560/annual-report-2560-2/>
5. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
6. Blencowe CS, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for elected countries: a systematic analysis and implications [Internet]. 2018 [cited 2020 March 25]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>
7. Melville JM, Moss TJ M. The immune consequences of preterm birth. Frontiers in Neuroscience Journal [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 20]. Available from:
<https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00079>
8. Palmeira P, Quinello C, Silveira-Lessa AL, Zago CA, Carneiro SaM. IgG Placental Transfer in Healthy and Pathological Pregnancies [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22235228/>
9. Wiersinga WJ, Leopold SJ, Cranendonk DR, Poll TV D. Host innate immune responses to sepsis. Virulence 2014;5:36-44.
10. งานห้องคลอด. รายงานการคลอดย้อนหลัง 3. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. 2561.
11. งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ. รายงานการจำหน่ายผู้ป่วย หอผู้ป่วยเด็ก 2. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2561.
12. กองการพยาบาล. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค.2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nursing.go.th/?page_id=2489
13. กลุ่มการพยาบาล. KPI การ Re admitted ประจำปี 2559-2561. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2561.
14. เดือนเพ็ญ บุญมาชู, เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาและภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33:150-8.
15. วนิสา ะยะยิเชะ, ธิรัตน์ หวังสวัสดิ์, ศิราคริน พิชัยสงคร. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารกต่อภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31:60-74.
16. Bandura A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review 1997;84:191-215.
17. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000;35:301-9.

18. Dale Ed. Audio Visual Method in Teaching. 4th ed. New York: Holt Rinehart and Winston; 1969.
19. ณัฐนิชา ศรีละมัย, นฤมล อีระรังสิกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558;8:83-94.
20. ชูใจ อธิเบญญากุล, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ทศนี ประสพกิตติคุณ, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ สมรรถนะ ตนเอง ประสิทธิภาพการให้นมทารก และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560;35:23-35.
21. วนิตา หะยีเซะ, อิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, ละศิราคริน พิชัยสงคร. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารกต่อภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31:60-74.
22. Kadiroglu T, Tufekci FG. Effect of Infant Care Training on Maternal Bonding, Motherhood Self-Efficacy, and Self-Confidence in Mothers of Preterm Newborns. Maternal and Child Health Journal, 2022; 26: 131-138.
23. Moradi S, Valizadeh S, Bostanabad MA, Rasouli AS, Tapak L. Impact of Empowerment Program on the Self-efficacy of Mothers of Premature Infants and their Re-hospitalization. Iranian Journal of Nursing Research 2018;13:1-7.
24. Buhyun L, Kyung-Sook B. A Self-Efficacy Promotion Program for the Continuation of Breastfeeding for Mothers of Premature Infants. Perspectives in Nursing Science, 2020; 17:90-8.
25. Lalley J, Miller R. The Learning Pyramid: Does It Point Teachers in the Right. Direction Education 2007;128:64-79.
26. สังคม ภูมิพันธุ์. การจำและการลืม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/204750>.

**การบูรณาการการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลกับบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้าง
สมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา
ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1**

สิวพร พานเมือง พย.ม.¹

กัญญา ทูลธรรม พย.ม.^{1*}

พิมลดา ลัดดางาม พย.ม.¹

สุภาพร ประนัดทา พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล การพัฒนาการบูรณาการการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลกับบริการวิชาการอาจช่วยส่งเสริมเป้าหมายดังกล่าว การการวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความรู้ และสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลกับบริการวิชาการในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 136 คน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการสอนโดยใช้แบบซิปปา (CIPPA model) ประกอบด้วย การวางแผนครอบครัวและการบูรณาการบริการวิชาการ 2) แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน 3) แบบประเมินความพึงพอใจบูรณาการการเรียนการสอนฯ และ 4) แบบประเมินสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังบูรณาการการเรียนการสอนฯ เท่ากับ 4.06 (S.D. = 0.47) และ 4.58 (S.D.= 0.56) 2) ค่าเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังบูรณาการการเรียนการสอนฯ เท่ากับ 3.87 (S.D.= 0.38) และ 4.27 (S.D.= 0.45) 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษา ก่อนและหลังบูรณาการการเรียนการสอนฯ เท่ากับ 4.16 (S.D.= 0.57) และ 4.58 (S.D. = 0.53) และ 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ก่อนและหลังบูรณาการการเรียนการสอนฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าการบูรณาการการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลกับบริการวิชาการ ช่วยส่งเสริมความรู้ ความพึงพอใจ และสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนแบบซิปปา การบูรณาการการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการ
สมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author e-mail: kanya@smnc.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 เม.ย. 2565

Developing Integration of CIPPA Model Instruction with Academic services on Nursing Student's Competencies Based on Thai Qualification Framework for Higher Education in Maternal Child Nursing and Midwifery 1

Sivaporn Panmuang M.N.S¹

Kanya Toontham M.N.S^{1*}

Pimlada Luddangam M.N.S¹

Supaporn Pranudta M.N.S¹

Abstract

Enhancing student's competencies based on Thai Qualification Framework for Higher Education (TQF) is a vital goal for nursing education. Developing integration of CIPPA Model instruction with academic services may reach the goal. The research and development aims to study learning satisfaction, knowledge, and competencies based on TQF after the integration in Maternal Child Nursing and Midwifery 1. The participants in the study were 136 junior nursing students at Srimahasarakham Nursing College who enrolled in maternal child health nursing and midwifery 1. The instruments for the study used 1) CIPPA lesson plan included family planning and academic service integration with teaching and learning practicum, 2) knowledge test, 3) student's learning satisfaction questionnaire, and 4) learning outcome questionnaires based on TQF. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and t-test. The result of the study revealed four parts. First, before and after using the integration, the mean scores of learning satisfaction were 4.16 (S.D. = 0.57) and 4.58 (S.D. = 0.53) respectively. Second, the mean scores of knowledges were 3.87 (S.D. = 0.38) and 4.27 (S.D. = 0.45) respectively. Third, the mean score of learning outcomes under TQF were 4.16 (S.D. = 0.57) and 4.58 (S.D. = 0.53) respectively. Lastly, there had significant differences before and after using the integration in the mean scores of learning satisfaction, knowledge, and learning outcomes under TQF. The findings suggest that integration of CIPPA Model instruction with academic services enhances learning satisfaction, knowledge, and learning outcomes under TQF.

Keywords: CIPPA model, academic service integration, Thai qualification framework for higher education

¹ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: kanya@smnc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา ปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายให้นักศึกษาได้รับการบูรณาการทั้งทางด้านวิชาการและวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสามารถทางสติปัญญา การใช้กระบวนการคิดขั้นสูง การใช้เหตุผลและความสามารถในการแสดงพฤติกรรม รวมถึงทัศนคติและอัตมโนทัศน์ ส่งผลให้นักศึกษามีการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน การจัดการศึกษาที่สามารถเปิดโอกาสนักศึกษาได้ยกระดับความรู้และทักษะได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญสอดคล้องกับชีวิตที่เป็นจริงและความต้องการในอนาคต การพัฒนาการศึกษาที่ยั่งยืนจึงต้องยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและเน้นการปฏิบัติจริง ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นพื้นฐาน¹ สอดคล้องกับการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยที่ผู้เรียนต้องนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ ใช้กับผู้รับบริการได้² แต่จากการวิเคราะห์ในสภาพการณ์จริง พบว่า การเรียนส่วนใหญ่เป็นการเรียนแบบแยกส่วน แยกรายวิชา ขาดการเชื่อมโยงความรู้เข้าด้วยกัน และรวมถึงการเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้เรียนไม่สามารถนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้จากผลดังกล่าวกระทรวงศึกษาธิการได้ออกพระราชบัญญัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อกำหนดให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thailand Qualifications Framework for Higher Education; TQF: HED) ซึ่งสาขาพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งต้องมีมาตรฐานเทียบเคียงกันได้ทั้งในระดับชาติและระดับสากล และสอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่มีการกำหนดผลการเรียนรู้ (Learning outcomes) ที่คาดหวังให้กับบัณฑิตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ที่กำหนดคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาลที่เน้นทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ดังนั้น ผลการเรียนรู้ของพยาบาลจึงมี 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม (Ethics and moral) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal skills and responsibility) ด้านทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Numerical analysis, communication and information technology skills) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Professionals skills) ทำให้สถานศึกษาพยาบาลต้องมีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง³

สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการผลิตและพัฒนาพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2545 โดยปรับให้สอดคล้องตาม พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545⁴ เป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ปรับปรุง, 2560) โดยกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นบูรณาการเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ได้ และให้สอดคล้องกับยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี รวมถึงสิ่งแวดล้อม ทักษะที่สำคัญที่สุด คือ ทักษะการเรียนรู้ (Learning skill) เพื่อสร้างทักษะดังกล่าวการเรียนรู้ในเชิงบูรณาการจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพแห่งองค์ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญและสมรรถนะให้เกิดขึ้นกับมนุษย์ยุคใหม่เพื่อประสิทธิภาพของการเรียนรู้สำหรับการดำรงชีพในสังคมแห่งความเปลี่ยนแปลง⁵ มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้รับบริการบนพื้นฐานความเอื้ออาทร ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมุ่งเน้นชุมชน โดยต้องการให้สถาบันอุดมศึกษาจัดการศึกษามุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่สังคมในด้านคุณภาพและมาตรฐานของคุณวุฒิที่บัณฑิตพึงมีหลังจากสำเร็จการศึกษา 2545⁴

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 4 หน่วยกิต มีขอบเขตเนื้อหาของรายวิชาเกี่ยวข้องกับแนวคิดหลักการและกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร การบริการวางแผนครอบครัวและปัญหาการมีบุตรยาก การพยาบาลมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในภาวะปกติ โดยยึดหลักจริยธรรม กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน เลือกใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีที่เหมาะสม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลรอบครัวในการดูแลตนเอง⁶ จากการวิเคราะห์เนื้อหาสาระในรายวิชา⁷ พบว่า รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เป็นรายวิชาที่เนื้อหาค่อนข้างมาก และผู้เรียนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาสาระสำคัญของรายวิชาให้ถูกต้องเพื่อที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้พยาบาลแก่ผู้รับบริการได้ถูกต้องและเหมาะสม และจากการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในแต่ละด้านในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคิดพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จึงได้พัฒนานำรูปแบบการสอนแบบชิปปาโมเดล (CIPPA model) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมาใช้พัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน⁸⁻⁹ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ครบทั้ง 5 ด้านตามที่กำหนดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา

การสอนแบบชิปปาโมเดล (CIPPA model) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 1) ขั้นทบทวนความรู้เดิม 2) ขั้นแสวงหาความรู้ใหม่ 3) ขั้นการศึกษาทำความเข้าใจและเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม 4) ขั้นการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่มผู้เรียน 5) ขั้นการสรุปและจัดระเบียบความรู้ ทั้งความรู้เดิมและความรู้ใหม่ 6) ขั้นการแสดงผลงาน และ 7) ขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการนำความรู้ ความเข้าใจของตนเองไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความชำนาญ ความเข้าใจ ความสามารถในการแก้ปัญหาและความจำในเรื่องนั้น ๆ ทำให้ผู้เรียนพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะการวิเคราะห์ทางตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านคุณธรรมจริยธรรมในการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลมาใช้ในการเรียนการสอนทางสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการชิปปา โมเดล ในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า คะแนนทักษะปฏิบัติการนวดแผนไทย 1 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94¹⁰ และการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกผ่านการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลสำหรับนักศึกษาพยาบาล การศึกษาพบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายหลังการเรียนแบบชิปปาโมเดลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹¹ ทำให้เชื่อว่าการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลน่าจะส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะและทัศนคติของผู้เรียนให้สูง¹² อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษาการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนทางสุขภาพ และการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนช่วยเพิ่มสมรรถนะและทัศนคติของผู้เรียน แต่ยังไม่ทราบข้อมูลชัดเจนในการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลในการส่งเสริมการเรียนรู้หรือสมรรถนะของผู้เรียน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดล เพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาและความรู้ให้สูงขึ้น ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ หัวข้อ การป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว เนื่องจากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผลการประเมินความรู้ของผู้เรียนโดยการจัดการเรียนการสอนแบบบรรยายในหัวข้อการป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ในสังคมปัจจุบันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีสถิติสูงขึ้นเรื่อย ๆ ผู้วิจัยเชื่อว่าการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดล ตามแนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอนในระบบประกันคุณภาพการศึกษา² และการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning)¹³ เป็นกระบวนการขับเคลื่อนสู่การมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thailand Qualifications Framework for Higher Education; TQF: HEd) อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายของคุณลักษณะบัณฑิตของวิทยาลัยฯ และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความรู้ และสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนแบบชิปปาโมเดลกับบริการวิชาการในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development; R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน¹⁴⁻¹⁵ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปฐมนิเทศการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนการสอน วิธีการเรียนการสอน และทดสอบความรู้ก่อนเรียน หลังจากนั้นผู้สอนแบ่งกลุ่มนักศึกษา มอบหมายให้นักศึกษาศึกษาข้อมูลพื้นที่ เพื่อนำความรู้ข้อมูล ที่ได้จากการเรียนรายวิชาทฤษฎีและการศึกษาข้อมูล จัดทำโครงการกิจกรรม เพื่อนำเสนอในโครงการบริการวิชาการ นักศึกษาวางแผนสร้างเครื่องมือและดำเนินการสำรวจข้อมูลของพื้นที่หมู่บ้านและข้อมูลโรงเรียน วิเคราะห์ปัญหาความไม่พร้อมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยนักศึกษาและอาจารย์ประจำกลุ่มร่วมการวางแผนการออกแบบกิจกรรมตามการวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลหมู่บ้านและโรงเรียน โดยนำองค์ความรู้ที่ได้เรียนมาจากรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 มากำหนดรูปแบบการบริการวิชาการ ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบมาใช้ นักศึกษาดำเนินโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาห่างไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล โดยการทดสอบความรู้ของนักศึกษา เรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ ประเมินความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนกับการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปา (CIPPA model) ประเมินสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ก่อนและหลังการบูรณาการวิชาการ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ปีการศึกษา 2562 จำนวน 136 คน ใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)¹⁶ เนื่องจากการสอนโดยใช้ CIPPA MODEL นำมาใช้ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ชั้นปีที่ 3 เพื่อการได้ข้อมูลที่ชัดเจนและทั่วถึงตรงตามหลักเกณฑ์จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 136 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้ที่เก็บข้อมูลเป็นผู้ที่ไม่ได้มีส่วนในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยจึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงสร้างผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายปิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ได้จากการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้การจัดการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดล ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึก ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและอายุ

1.2 แผนการจัดการเรียนการสอน (มคอ.3) รายวิชา พย. 1320 การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ประกอบด้วย หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป หมวดที่ 2 จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 3 ลักษณะและการดำเนินการ หมวดที่ 4 การพัฒนาผลการเรียนรู้ของนักศึกษา หมวดที่ 5 แผนการสอนและการประเมินผล หมวดที่ 6 ทรัพยากรประกอบการเรียนการสอน โดยผ่านการวิพากษ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 5 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เป็น 0.80¹⁶

1.3 แผนการสอน เรื่อง การวางแผนครอบครัว ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ที่ผ่านการวิพากษ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80¹⁶

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ ลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดทดสอบคู่ขนาน 4 ตัวเลือก ใช้ทดสอบกลางภาค จำนวน 2 ฉบับ ฉบับละ 20 ข้อ โดยวัดในด้านความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อสอบโดยการวิพากษ์ข้อสอบของอาจารย์ในกลุ่มวิชาการการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญฝ่ายวัดและประเมินผลของวิทยาลัยฯ จำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67 และ 0.74 ตามลำดับซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนกับการบูรณาการ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha's coefficient) ได้เท่ากับ 0.80¹⁷

2.3 แบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาที่จะวัดมี 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านความรู้ จำนวน 6 ข้อ 3) ทักษะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ จำนวน 4 ข้อ 5) ทักษะการวิเคราะห์ทางตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าอยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86¹⁷.

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูลโดย ประสานกับอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดภาคการศึกษาที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) ขั้นเตรียมการ ภายหลังผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยพบอาจารย์ผู้สอนเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล และประชุมปฏิบัติการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนการสอน วิธีการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดล พร้อมเอกสารคู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดลร่วมกับการบริการวิชาการและแผนการสอน เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สอน และ 2) ขั้นดำเนินการ ภายหลังการปฐมนิเทศการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ อาจารย์ผู้สอนดำเนินการสอนเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ โดยใช้การเรียนการสอนแบบ CIPPA model ด้วยการแบ่งกลุ่มให้นักศึกษา จำนวน 8 กลุ่ม ศึกษาข้อมูลพื้นที่เขตชุมชนบ้านโนนแต้ ตำบลท่าสองคอน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จัดทำโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาทางไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” แล้วให้นักศึกษาออกแบบกิจกรรมโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาทางไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” จากการเรียนรายวิชาทฤษฎีและการศึกษาข้อมูลพื้นที่นำเสนออาจารย์ผู้สอนประจำกลุ่มและอาจารย์ให้ข้อเสนอแนะในกิจกรรมที่นักศึกษานำเสนอ ตัวแทนนักศึกษาแต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลและรูปแบบกิจกรรมโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาทางไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” ภายในห้องเรียนกลุ่มใหญ่ เพื่อให้นักศึกษาและอาจารย์ร่วมให้ข้อเสนอแนะในกิจกรรมที่นักศึกษานำเสนอ ต่อมาดำเนินการโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาทางไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” ตามกำหนดที่โรงเรียนมหาชัยวิทยาคาร หลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีและโครงการบริการวิชาการ “วัยรุ่นพัฒนาทางไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการทดสอบค่าที (t - test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.38 กลุ่มอายุมากที่สุด คือ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.29 เกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.00 - 3.44 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.58

คะแนนความพึงพอใจของรูปแบบการเรียนการสอนแบบ CIPPA model ก่อนการบูรณาการการบริการวิชาการ พบว่า คะแนนข้อมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง และตรงต่อเวลา ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.28 แปลค่า ระดับมาก ข้อที่คะแนนต่ำสุด คือมีความรู้และความเข้าใจในวางแผนครอบครัวเพื่อใช้ในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3.98 แปลค่า ระดับมาก ส่วนผลคะแนนความพึงพอใจของรูปแบบการเรียนการสอนแบบ CIPPA model หลังการบูรณาการการบริการวิชาการ พบว่า คะแนนข้อสูงที่สุด มีจิตบริการและให้บริการด้วยความเอื้ออาทร ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.64 แปลค่าระดับมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดมีความรู้และความเข้าใจในวางแผนครอบครัวเพื่อใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ค่าเฉลี่ย 4.38 แปลค่า ระดับมาก (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความพึงพอใจก่อนและหลังภายหลังบูรณาการเรียนการสอนแบบ CIPPA model กับบริการวิชาการ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($p = .01$) และความพึงพอใจ ($p=.001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาของนักศึกษาโดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 คะแนนความพึงพอใจของรูปแบบการเรียนการสอนแบบชิปปา (CIPPA model) ก่อนและหลังการบูรณาการการบริการวิชาการ (n = 136)

รายการ	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
มีความรู้และความเข้าใจในวางแผนครอบครัวเพื่อใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้	3.98	0.68	4.38	0.52
มีความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและประชาชนของประเทศ	4.16	0.66	4.46	0.58
สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการเรียนการสอนไปใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัวได้	4.12	0.56	4.64	0.56
สามารถใช้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว ความรู้ที่เกี่ยวข้องและใช้ประสบการณ์เป็นฐานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการการพยาบาล	4.10	0.58	4.58	0.59
มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเอง และตรงต่อเวลา	4.28	0.49	4.62	0.53
สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทที่ตนเองรับผิดชอบ	4.15	0.45	4.68	0.59
สามารถสื่อสารภาษาไทยในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.24	0.48	4.70	0.55
ประสิทธิภาพมีจิตบริการและให้บริการด้วยความเอื้ออาทร	4.22	0.55	4.64	0.48

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้และความพึงพอใจ ภายหลังบูรณาการเรียนการสอนแบบซิปปา (CIPPA model) กับการบริการวิชาการ (n = 136)

รายการ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	3.87	0.38	4.27	0.45	6.720*	p < .01
ความพึงพอใจ	4.06	0.47	4.58	0.56	4.410**	p < .001

*P-value < .05, **P-value < .01

ตารางที่ 3 สมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปา (CIPPA MODEL) กับการบูรณาการบริการวิชาการ (n = 136)

สมรรถนะ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ด้านคุณธรรมจริยธรรม	4.25	0.75	4.67	0.48	8.224**	.001
2.ด้านความรู้	3.76	0.78	4.39	0.67	8.444**	.001
3.ด้านทักษะปัญญา	4.03	0.55	4.56	0.56	4.372*	.01
4.ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและความรับผิดชอบ	4.02	0.32	4.51	0.34	5.522**	.001
5.ด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี	4.08	0.45	4.58	.50	3.884**	.001
โดยรวม	4.16	.57	4.58	.53	4.410**	.001

*P-value < .05, **P-value < .01

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบซิปปา (CIPPA model) กับการบูรณาการบริการวิชาการ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่ากระบวนการบริการวิชาการและกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพเป็นขั้นตอนชัดเจน ทำให้นักเรียนสามารถปฏิบัติได้ทุกขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มตั้งแต่ นักศึกษารู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ครูรู้บทบาทหน้าที่ตามที่ได้ออกแบบไว้ นักศึกษาสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองและสามารถแสวงหาความรู้ใหม่ได้จากการบริการวิชาการ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม สามารถสรุปจัดระเบียบความรู้แสดงผลงานหรือความรู้ที่ได้รับและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้นักศึกษาสามารถทำคะแนนทดสอบหลังการเรียนได้สูงขึ้น ($\bar{X} = 4.27$) ผู้วิจัยได้นำแนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนแบบ CIPPA model มาใช้ภายใต้แนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอนตามระบบประกันคุณภาพการศึกษา¹⁸ และการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning)¹⁹ มาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติที่ดี มีทักษะปฏิบัติตามแนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน โดยใช้กระบวนการแบบ CIPPA model โดยเริ่มจาก

ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม เป็นการสำรวจความรู้เดิม โดยผู้สอนใช้วิธีการบรรยายสรุป การตั้งคำถาม การใช้สื่อของจริง ในขั้นตอนนี้เป็นการกระตุ้นความตื่นตัวทางสติปัญญา ทำให้นักศึกษาทบทวนดึงเอาความรู้เดิมที่มีอยู่ แล้วเชื่อมโยงไปสู่เรื่องที่ศึกษา คือ “การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม”

ขั้นที่ 2 ขั้นแสวงหาความรู้ใหม่ เป็นขั้นตอนที่นักศึกษาเกิดความสงสัยและพยายามแสวงหาคำตอบของข้อสงสัย ทำให้นักศึกษาสามารถสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยกระบวนการบริการวิชาการจากการวิจัยพบว่า นักศึกษาได้ศึกษาข้อมูลของหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยสังเกตได้จากการตั้งคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการกิจกรรมการบูรณาการเพื่อนำไปสู่การสืบค้นเพื่อคำตอบให้ตนเอง นักศึกษาได้มีการสืบค้นข้อมูลในหลากหลายช่องทาง เช่น เว็บไซต์ หนังสือ บุคคล เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นการศึกษาทำความเข้าใจข้อมูลและเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม จากการวิจัย พบว่า นักศึกษาทำการศึกษาข้อมูลและปัญหาของชุมชนจากสภาพจริงในชุมชนบ้านโนนแต่ ควบคู่กับการเรียนรู้ โดยผ่านการจัดทำกิจกรรมโครงการ ทำให้นักศึกษาได้ค้นคว้าหาคำตอบจากการอ่านการวิเคราะห์ทำความเข้าใจ ทำให้เกิดการใช้ทักษะต่าง ๆ จนได้คำตอบผ่านกิจกรรมของโครงการซึ่งเป็นการขยายความรู้ของตนเองให้กว้างขวางขึ้น

ขั้นที่ 4 ขั้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม หลังจากทีนักศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่มและอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มจนได้ข้อสรุปแล้ว นักศึกษานำข้อมูลสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างกลุ่ม จากการประชุมกลุ่มส่งเสริมให้นักศึกษากล้าแสดงออกกล้าคิดกล้าทำ รู้จักการตั้งคำถาม โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้ดูแลปรึกษาและคอยชี้แนะเพิ่มเติม

ขั้นที่ 5 ขั้นสรุปและจัดระเบียบความรู้ ภายหลังการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อาจารย์และนักศึกษานักศึกษาสามารถสรุปความรู้ที่ประเด็นหลัก ประเด็นรอง และเข้าใจประเด็นที่ศึกษาอย่างเป็นระบบสังเกตได้จากการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น ทราบถึงผลกระทบ และสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาในรูปกิจกรรมของโครงการ ทำให้นักศึกษาได้จัดเรียงระบบของความรู้ที่ได้รับอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นักศึกษาจดจำและนำไปใช้ได้ ทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบได้อย่างมีอิสระ การจัดระบบหมวดหมู่ของข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและเนื้อหา ซึ่งถือได้ว่าเป็นการฝึกทักษะการคิดได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยประเมินได้จากการให้คำปรึกษาการจัดกิจกรรมของแต่ละกลุ่ม กระบวนการทำงานกลุ่มและผลงาน เช่น วิดีโอ ละคร หนังสือ ภาพพอลิ โมเดลจำลอง

ขั้นที่ 6 ขั้นแสดงผลงาน นักศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโครงการ “วัยรุ่นพัฒนาห่างไกลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” โดยนักศึกษาจัดกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง การตั้งครรภ์ การป้องกัน การตั้งครรภ์ เทคนิควิธีการปฏิสนธิอย่างสร้างสรรค์ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิดีโอ ละคร หนังสือ ภาพพอลิ โมเดลจำลอง จากกิจกรรมที่นักศึกษาได้จัดทำเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกเสนอผลงานที่เกิดจากความคิดที่ได้จากการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปา การแสดงผลงานนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถ ความสามัคคี ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ที่ได้จากการเรียน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจกับสมาชิกในกลุ่ม เป็นการแสดงให้เห็นผู้อื่นได้รับรู้ถึงความสามารถ

ขั้นที่ 7 ขั้นการประยุกต์ใช้ความรู้ จากการวิจัย พบว่า นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้จากรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ไปสู่การสอบ มีผลคะแนนผ่านตามเกณฑ์ และสามารถนำความรู้ไปสู่การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ การปฏิบัติการพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว โดยอาจารย์เป็นผู้ประเมินทักษะและให้คำแนะนำเพื่อให้นักศึกษา

มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งให้คำปรึกษาเรื่องการตอบคำถามระหว่างนักศึกษาและผู้รับบริการ

จากกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบซิปปาโมเดล ทำให้นักศึกษามีความรู้ที่สูงขึ้นจากการที่นักศึกษามีความพื้นฐานจากการเรียนบรรยาย และมีการเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการนำองค์ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม จากกิจกรรมและพัฒนาผู้เรียนเพื่อให้มีความพร้อมในศตวรรษที่ 21 ต่อไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่น่าแนวคิดการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนมาใช้ในการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งสมรรถนะของนักศึกษาในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษาของสายสมร เฉลยกิตติ และคณะ²⁰ ศึกษาการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการศึกษาทั่วไปเพื่อพัฒนามนุษย์ต่อการมีจิตอาสาและความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่า หลังร่วมการบูรณาการนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความมีจิตอาสาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความมีน้ำใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดระดับมากที่สุดทำให้รู้จักการคิดวิเคราะห์วางแผนการทำงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ความสำเร็จในการทำงานเป็นทีมเกิดจากพลังและคุณภาพของความร่วมมือรวมถึงการประสานงานของทุกคน สอดคล้องกับการ ศึกษาของ ศราวุฒิ แพะขุนทด และกาญจนา นิมสนทร¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการ CIPPA model ในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า คะแนนทักษะปฏิบัติการนวดแผนไทย 1 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94 และการศึกษาของ เกตุนี วุฒิวงศ์และคณะ¹¹ ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก พบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายหลังการเรียนแบบ CIPPA model สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐนิช ชุตินันตพงศ์²¹ ศึกษาพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบซิปปา พบว่า มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการวิเคราะห์หังการเงินสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของอศวิณ พุ่มมรินทร์²² ได้ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบ CIPPA model เรื่องลำดับและอนุกรมที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาและความสามารถในการสื่อสารทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 หลังการจัดการ เรียนรู้แบบ CIPPA model เรื่องลำดับและอนุกรม สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบแบบ CIPPA model กับกระบวนการบริการวิชาการ พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ภายหลังการจัดการเรียนการสอนมีความพึงพอใจสูงขึ้นทุกข้อ การแปลผลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด พิจารณารายข้อ พบว่า สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทที่ตนเองรับผิดชอบ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการเรียนการสอนไปใช้ในการป้องกันการจัดตั้งองค์กรและการวางแผนครอบครัว มีคะแนนภายหลังการจัดกิจกรรมเพิ่มสูงมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$, $\bar{X} = 4.64$ ตามลำดับ) และความพึงพอใจภายหลังการเรียนและการบูรณาการบริการวิชาการสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าจากกิจกรรมการเรียนแบบซิปปา มีขั้นตอนการเรียนอย่างชัดเจนตามลำดับ ทำให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม นักศึกษาได้เรียนรู้จากกิจกรรมการเรียนและการบริการวิชาการอย่างเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้นักศึกษาได้แสดงบทบาทในการเรียนมากขึ้น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนภายในกลุ่ม ได้แสดงผลงานการเรียนรู้ของตนเองต่อสมาชิกในกลุ่ม ทำให้นักศึกษาเกิดความภูมิใจและพึงพอใจ

ต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนรูปแบบชิปปา สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี แพะขุนทด และกาญจนา นิมฺสนทร¹⁰ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบ CIPPA model รายวิชาปฏิบัติการนวดไทย 1 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ทัศนคติต่อการทำบริการและการศึกษาสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาล-ศาสตรบัณฑิต ของ Phonchai²³ พบว่า นักศึกษามีทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านลักษณะวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติงานพยาบาล ด้านการปฏิบัติงานในชุมชน และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานผู้ป่วยและญาติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนด้านค่านิยม ของสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ก่อนเข้าร่วม โครงการนักศึกษามีทัศนคติต่อการให้บริการสุขภาพและการปฏิบัติงานในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.94) และหลังเข้าร่วม โครงการนักศึกษามีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.29) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องประสบการณ์ที่ได้รับจากการให้บริการ ทางสุขภาพมีประโยชน์ต่อการทำงานในอนาคต (X = 4.89) เรื่องการให้บริการทางสุขภาพส่งเสริม การปรับตัวในการทำงานเป็นทีม และเรื่อง การให้บริการทางสุขภาพทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$ = 4.83)

3. สมรรถนะนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ภายหลังการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบชิปปา (CIPPA model) กับการบูรณาการกับการบริการวิชาการภายหลังการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สมรรถนะของนักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.58) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านคุณธรรมจริยธรรม และด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ๖ มีค่าคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.67, $\bar{X}$ = 4.58 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า แนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนแบบชิปปา ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา จากกิจกรรมที่มุ่งให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ เจตคติที่ดี มีทักษะปฏิบัติที่พึงประสงค์ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ยึดตามการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) โดยอาจารย์ผู้สอนได้กำหนดกระบวนการจัดการเรียนแบบชิปปากับการบริการวิชาการ ทำให้ผู้เรียนได้สัมผัสความจริงในสภาพการณ์จริงควบคู่กับการเรียนรู้และปรับทัศนคติของนักศึกษาไปพร้อม ๆ กัน รวมทั้งการเรียนแบบชิปปายังทำให้เกิดการกระตุ้นให้คิด ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่ให้อิสระทางการคิด การเรียนรู้รวมกับการตั้งกระตุ้นการเรียนรู้จากภายในตัวของผู้เรียน ภายในตัวครูผู้สอน ให้เกิดการอุทิศก่อนด่วนคิด ด่วนสรุป ด่วนตัดสินใจ ผ่านการบริการวิชาการด้วยการศึกษาชุมชน ส่งผลให้ผู้เรียนมีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพ และมีความเข้าใจผู้อื่นและรู้สึกถึงความจริงในสังคมมากขึ้น จากแต่เดิมที่มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางที่ผู้สอนได้วางแผนไว้ มีการใช้ทฤษฎีเป็นตัวอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ของสังคม ใช้ทฤษฎีเป็นตัวตั้งในการอธิบายพฤติกรรมของคน วิเคราะห์ปัญหาโดย เปรียบเทียบ กับเนื้อหาของทฤษฎีและมีทฤษฎีเป็นตัวตั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา กิจกรรมเหล่านี้กลับส่งผลให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในสิ่งที่ไม่ใช่บริบทชีวิตจริงของคนตามสภาพจริงที่เป็นอยู่ สิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้และสัมผัสเป็นข้อมูลที่เกิดจากการปรุงแต่ง การแปลความด้วยมุมมองและคำอธิบายตามหลักแนวคิดทฤษฎี ที่ได้วางแผนไว้เพื่อการเรียนรู้¹⁹ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีมุมมองที่จำกัด ไม่สามารถเข้าใจและเชื่อมโยงถึงสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสังคมได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้จากสภาพจริง โดยกำหนดกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การศึกษาชุมชนซึ่งได้มีการเตรียมผู้เรียนทั้งในด้านการปรับทัศนคติ การมอบหมายโจทย์เป็นเค้าโครงหรือประเด็นที่จะทำให้ผู้เรียนมีแนวทางในการ

เข้าไปพูดคุยหรือศึกษาข้อมูลเพื่อนำมาทำการเรียนรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเรียน การสอน การมอบหมายโจทย์แก่นักศึกษาในกิจกรรมการเรียนรู้จากสภาพจริง ได้แบ่งได้เป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะแรกในขั้นของการเตรียมความพร้อมนักศึกษา และระยะที่สองศึกษาข้อมูลพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูล ตามประเด็นโจทย์ที่ผู้สอนมอบหมาย และการกำหนดพื้นที่ศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทการเรียนรู้

2) กำหนดกิจกรรมการบริการวิชาการ เมื่อนักศึกษาผ่านการฝึกทักษะที่จำเป็นและการศึกษาในพื้นที่ศึกษา ชุมชนบ้านโนนแต้ นักศึกษาได้วิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและสภาพชุมชน อย่างละเอียด แล้วนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มย่อย กลุ่มใหญ่ และอาจารย์ผู้สอน

3) การปรับทัศนคติและการพัฒนาตนเองตลอดเวลาของการเรียนรู้ตามสภาพจริงของผู้เรียน

4) บทบาทของอาจารย์ ในการชี้ประเด็น เพื่อปรับความคิดกรอบความคิดของนักศึกษา การชี้ประเด็นของผู้สอน บทบาทของผู้สอน จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง สร้างทักษะทางปัญญา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน และการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และเข้าใจความเป็นจริงที่ศึกษา จากกระบวนการและ กิจกรรมหลักดังกล่าวจึงส่งผลให้นักศึกษามีสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ที่สูงขึ้นทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสายสมร เฌอยกิตติ และคณะ²⁰ พบว่า การบูรณาการบริการ วิชาการกับการจัดการเรียนการสอน รายวิชาการศึกษาทั่วไปของนักเรียนพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก และการเสริมทักษะการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการ พยาบาลให้แก่นักศึกษาช่วยเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับ การศึกษาของและการศึกษาของ ศราวุฒิ แพะขุนทด และกาญจนา นิมสนทร¹⁰ พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาปฏิบัติการนวดไทย หลังการจัดการเรียนการสอนแบบ CIPPA model ภาพรวมอยู่ในระดับมาก รายด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม สอดคล้องกับ การวิจัยของ พัทธี แวงวรรณ และนิสกร วิบูลชัย²⁴ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมของนักศึกษา พยาบาลภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มี คะแนนสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการ พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม หลังเข้าร่วม การบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 4 ด้าน หลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเป็นการพัฒนาบูรณาการเรียนการสอนแบบ CIPPA model กับบริการวิชาการ ช่วยส่งเสริมสมรรถนะของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ได้ เพื่อความต่อเนื่องการเรียนการสอนดังกล่าว ฝ่ายบริหารการศึกษาและการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมและ พัฒนาอาจารย์ให้มีความสามารถในการเรียนการสอนนี้ อย่างไรก็ตามข้อควรระวังในการนำไปใช้ในการเรียน การสอนคือ ไม่ควรจัดการเรียนข้ามขั้นตอน เพราะจะทำให้ไม่การส่งเสริมการเรียนรู้ตามลำดับ และควรวางแผนเวลาให้เหมาะสม นอกจากนี้การวิจัยครั้งต่อไปควรบูรณาการเรียนการสอนแบบ CIPPA model กับบริการวิชาการในหลากหลายวิชา และเพิ่มการบูรณาการในพันธกิจอื่น ๆ ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ทุกคนที่กรุณาให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาศาสตร์ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cur-das.wu.ac.th/backEnd/attach/attTQF/พยาบาล%20บัณฑิตศึกษา.pdf>
3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 4) 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://regu.tu.ac.th/quesdata/Data/L32.PDF>
4. สำนักงานมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2558 และเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างพับลิชชิง แอนด์ พริ้นติ้ง; 2560.
5. อติพร เกิดเรือง, ไชยวัฒน์ คำชู, ชัยพัฒน์ พันธุ์วัฒนสกุล. แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของสถาบันอุดมศึกษาไทย. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2564;6:781-790.
6. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2563. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2564.
7. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท. รายงานประเมินตนเองวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท ปีการศึกษา 2558 (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
8. ทิศนา ขัมมณี. รูปแบบการเรียนการสอน: ทางเลือกที่หลากหลาย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: แอควีฟ พริ้น; 2556.
9. Patil Y KS. CIPP model for school evaluation. Scholarly Research Journal for Humanity Science & English Language, 2015;2:2615-9.
10. ศราวุฒิ แพะขุนทด, กาญจนา นิยมสุนทร. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการชิปปาตมเดล ในรายวิชาปฏิบัติการการนวดไทย 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ 2563;10:15- 27.
11. เกศินี วุฒิวงศ์, ดารินทร์ เหมะวิบูลย์, สุกาญจนา แม้นมาลัย. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ 2561;24:12-24.
12. สมจินดา ชมพูนุท, วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. การบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอน วิชาปฏิบัติการพยาบาลเลือกสรร สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;19:24-36.

13. ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์. การจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning). กรุงเทพฯ: เนชั่นแนล จิโอ; 2560.
14. Mahdjoubi D. Four Types of R & D. Texas: Research Associate, IC2 Institute; 2009.
15. ศิริชัย กาญจนวาสี. การวิจัยและการพัฒนาการศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: ศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย; 2559.
16. ทรงศักดิ์ ภู่อ่อน. การวิจัยและพัฒนาทางการศึกษา. มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์; 2561.
17. Streiner D L & Norman G R. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.
18. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษายในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา; 2557.
19. ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์. การจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning). กรุงเทพฯ: เนชั่นแนลจิโอ; 2560.
20. สายสมร เฉลยกิตติ, จุฬารัตน์ บันดาลสิน, กุสุมา กังหลี, พรนภา คำพราว. การศึกษาการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการศึกษาทั่วไปเพื่อพัฒนามนุษย์ต่อการมีจิตอาสาและความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:421-30.
21. ณัฐนิช ชุตินันตพงศ์. การพัฒนาการเรียนการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้โมเดลชิปปา เรื่องการวิเคราะห์การเงินของนิสิตภาคปกติ สาขาการจัดการ ชั้นปีที่ 2. วารสารศึกษาศาสตร์ 2561;28:89-103.
22. อัครวิณ พุ่มมรินทร์. ผลการจัดการเรียนรู้แบบชิปปา (CIPPA MODEL) เรื่องลำดับและอนุกรมที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาและความสามารถในการสื่อสารทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่5 [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
23. Phonchai B. Nursing students' attitude toward health service and community practice at Boromrajchonnee college of nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University. Journal of Public Health and Development 2011;9:324-35.
24. พัชรี แวงวรรณ และ นิสากร วิบูลชัย. ผลการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560;14:57-66.

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จงกลณี ตัญเจริญ วท.ม. (อนามัยครอบครัว)^{1*}

นลปรัตน์ ไซยวงศ์ พย.บ.²

พัชรินทร์ ทวยหาญ พย.บ.²

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน จึงควรมีแรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 319 คน สุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1) แรงจูงใจในการป้องกันโรค (IOC = 0.81, Alpha = 0.87) ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ด้านความคาดหวังในผลของการกระทำ และด้านความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง และ 2) พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (IOC = 0.91, Alpha = 0.77) ประกอบด้วย การล้างมือ การรับประทานอาหาร การใช้ของส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจในการป้องกันโรคในภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจสูงสุดรายด้านด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X} = 4.72$, S.D. = 0.50) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจน้อยที่สุดด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 1.25) 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคภาพรวมระดับสูง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัย ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.37) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารชุดสำหรับ 1 คน ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 0.98) และ 3) ภาพรวมค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.32$, $p < .01$) จากผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมแรงจูงใจให้ อสม. เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: แรงจูงใจ พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรุ นครราชสีมา

* Corresponding e-mail: jongkolnee@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 29 พ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2565

The Relationship between Self-motivation and COVID-19 Prevention Behaviors among Village Health Volunteers

Jongkolnee Tuicharoen MSN (Family Health)^{1*}

Nontanun Chaiwong BSN²

Patcharin Tuayharn BSN²

Abstract

Village Health Volunteers (VHV) have an essential role in COVID-19 surveillance and prevention in the community. Because of this, they should have appropriate prevention behaviors. This study aimed to reveal the relationship between self-motivation and COVID-19 prevention behaviors among VHVs. The sample was 319 VHVs selected by a cluster random sampling. Data were collected using questioners about motivation and prevention that used a 5-point Likert scale (higher scores indicating more appropriate prevention behavior). The content consistencies of the questionnaires were acceptable, with index of item-objective congruences of 0.81 and 0.91 and reliability of Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.77, respectively. Descriptive statistics and Pearson's Moment Product coefficients were employed to analyze the data. The results found that the mean score for the overall motivation of VHVs was at strongly agree ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.78). Considering each motivation aspect, the highest mean scores were related to perceived severity ($\bar{x} = 4.72$, S.D. = 0.50), the lowest mean score was related to perceived susceptibility ($\bar{x} = 3.14$, S.D. = 1.25). The overall mean score for prevention behaviors among VHVs was high ($\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.33). Considering each prevention behavior, the highest mean scores were for wearing a mask ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.37); whereas, the lowest was a dining set for a person ($\bar{x} = 2.91$, S.D. = 0.98). There was a significantly positive relationship between motivation and disease prevention behaviors ($r = 0.32$, $p < .01$). Therefore, enhancing motivation among VHVs is necessary to promote appropriate COVID-19 prevention behaviors.

Keywords: motivation, prevention behaviors, COVID-19, village health volunteers

¹ Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Nong Pru Health Promoting Hospital

* Corresponding e-mail: jongkolnee@knc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้กลายเป็นโรคระบาดลูกกลมทั่วโลก (Pandemic) ในเวลาต่อมาไม่นาน¹ ทำให้ทั่วโลกต้องยกระดับมาตรการรักษาความปลอดภัยต่อการระบาดในครั้งนี้อย่างเต็มศักยภาพ² กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มีมาตรการป้องกันการระบาดของไวรัสชนิดนี้ และได้ประกาศให้โรคติดเชื่อจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น “โรคติดต่ออันตราย” ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ ซึ่งนับเป็นโรคติดต่ออันตรายชนิดที่ 14 ของไทย³ ประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกเมื่อ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 จากนั้น มีการระบาดของโรคในระลอก 2 และ 3 ในเดือนมกราคม และเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ตามลำดับ ซึ่งทุกระลอกมีความรุนแรงมากขึ้น⁴ กระทรวงสาธารณสุขออกมาตรการให้ประชาชนร่วมมือกันควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรค โดยเน้นไปที่การสร้างความรู้และความตระหนักของครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานในพื้นที่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มคนสำคัญกลุ่มหนึ่งในระบบสาธารณสุขของไทย เพราะเป็นอาสาสมัครที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการทำงานที่ใกล้ชิดกับคนในชุมชน โดยปกติแล้วบทบาทของ อสม. คือในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน”⁵ เมื่อมีการการระบาดของโรคติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว อสม. จึงได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถทำงานป้องกันโรค รวมถึงควบคุมพื้นที่การระบาดร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่นั้น อสม. จึงมีบทบาทภารกิจหลัก 4 ประการ คือ 1) เคาะประตูบ้านครัวเรือนที่รับผิดชอบ แจ้งข่าวและให้คำแนะนำในป้องกันโรค ด้วยการกินร้อน ใช้ช้อนตนเอง ล้างมือบ่อย ๆ สวมหน้ากากอนามัย และออกกำลังกาย 2) คัดกรองคนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 3) ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน และ 4) เยี่ยมติดตามและรายงานผล⁶ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อสม. สามารถช่วยเฝ้าระวังและป้องกันโรคในพื้นที่ และตรวจสอบข้อมูลของคนในชุมชน รวมถึงส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกรณีที่พบความผิดปกติเกิดขึ้น⁷ อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า และเป็นกำลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน การดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวทางการจัดระบบ อสม. การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง การดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เคร่งครัด ด้วยศักยภาพเต็มเปี่ยมและความเป็นจิตอาสา ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื่อในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายประเทศให้การยอมรับและชื่นชมประเทศไทยว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ⁸ ในสถานการณ์การติดระบาดของโรคติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น การลงสู่ชุมชนเป็นเรื่องเสี่ยง โดยที่ อสม. ต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื่อ การแพร่กระจายเชื่อตามนโยบายและทิศทางสุขภาพใหม่คือ New normal และ Social distancing ดังนั้น อสม. ต้องปฏิบัติตัว คือ การเป็นแบบอย่างในการป้องกันตนเองที่ถูกต้องและยิ่งไปกว่านั้น การที่ อสม. จะไปแนะนำเรื่อง การป้องกันโรคแก่คนในชุมชน อสม. จำเป็นต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากผู้รับคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื่อไวรัสโคโรนา

2019 เป็นพฤติกรรมใหม่ที่คนไทยไม่คุ้นเคย เช่น การต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในที่สาธารณะ การเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติในสิ่งที่ไม่คุ้นเคยทำให้เกิดความยุ่งยาก และ อสม. ก็อาจจะเกิดการปฏิบัติได้ไม่ครบ ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น เนื่องจากคนมักจะรับรู้ถึงความยุ่งยากและไม่ทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นบุคคลจะต้องมีแรงจูงใจอย่างเพียงพอจึงจะเอาชนะความยากลำบากและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ผลการศึกษาที่แรงจูงใจช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์⁹ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จารุวรรณ ใจแสน¹⁰ พบว่า ด้านความตระหนักรู้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และ สุภาภรณ์ วงษ์¹¹ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน อสม. เช่นกันแม้จะได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ในการป้องกันโรค แต่จำเป็นต้องมีแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นการระมัดระวังตนเองไม่ให้ติดโรค รวมทั้งจะป้องกันไม่ให้นำเชื้อโรคกลับเข้ามาให้กับคนในครอบครัวของตนเองการนำทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์¹² มาสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อ อสม. ได้รับแรงจูงใจในเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้มีความตระหนักและรับรู้เท่าทัน อสม. ก็จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง ส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และ ขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคามจะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้กับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น เป็นการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำได้ เกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่างๆ ต่อการมีพฤติกรรมของตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่า การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคจะดีเมื่อบุคคลเห็นอันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง รับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง การตอบสนองที่เหมาะสมจะเป็นวิธีการที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการศึกษาของ Luo Y, et al.¹³ เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในจีน พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อทักษะพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการระบาดโรคโคโรนาไวรัส 2019

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม อสม. ยังมีข้อจำกัด และยังไม่เคยมีการศึกษาถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ อสม. มาก่อน การศึกษาในประเด็นเหล่านี้ จะนำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่ม อสม. ต่อไป

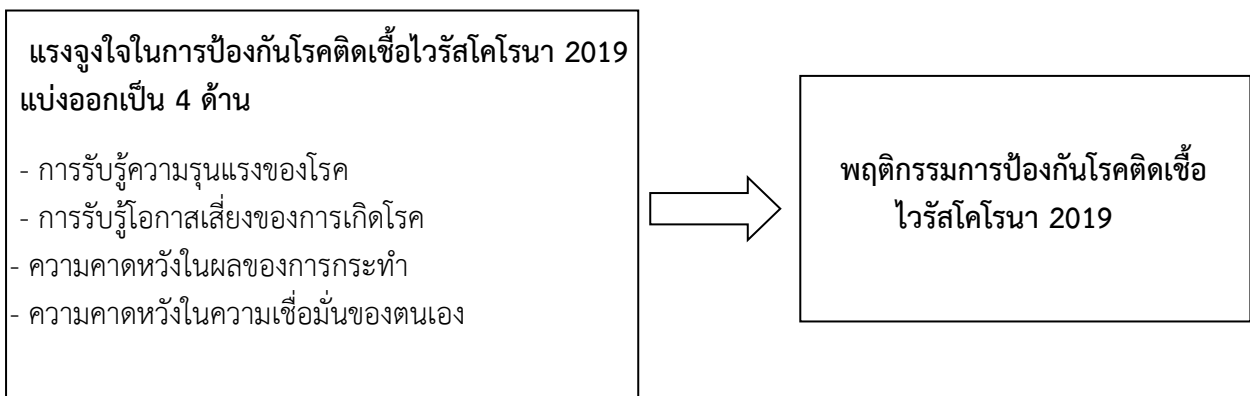
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส^{12,14} ที่เสนอแนวคิดที่ว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability) 3) ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Response efficacy) และ 4) ความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง (Self-efficacy expectancy) ซึ่งหากการรับรู้ทั้ง 4 ด้านนี้อยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น



นิยามศัพท์

แรงจูงใจ หมายถึง แรงจูงใจในเชิงป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี 4 ด้านคือ

1) **การรับรู้ความรุนแรง** หมายถึง การรับรู้ถึงอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เมื่อเจ็บป่วยจะกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

2) **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** หมายถึง โอกาสเกิดหรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากไม่ปฏิบัติตัวในการป้องกันตัวเองที่ถูกต้อง

3) **ความคาดหวังในผลของการกระทำ** หมายถึง การปฏิบัติตัวของ อสม. ที่คาดหวังว่าจะไม่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4) **ความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง** หมายถึง ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวของ อสม. ที่จะไม่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของ อสม. เรื่องการล้างมือ อาหาร ของใช้ส่วนตัว การสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่าง การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เป็นการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ไวรัสที่ก่อเหตุคือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ โดยองค์การอนามัยโลกให้ชื่อว่า 2019-nCoV หรือ 2019 novel Coronavirus (COVID-19)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือ อสม. ในเขตของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จ.นครราชสีมา ที่แบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม ตามเครือข่ายหน่วยบริการ (Contracting unit for primary care [CUP]) ได้แก่ 1) CUP โรงพยาบาลเทพรัตน์ 2) CUP ศิริษะละเลิง และ 3) CUP มะค่า มี อสม. จำนวน 4,495 คน

2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ได้ CUP โรงพยาบาลเทพรัตน์ จะมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ขึ้นกับ รพ.เทพรัตน์ 7 แห่ง (รพ.สต.หนองปรุ, รพ.สต.ยางใหญ่, รพ.สต.ไชยมงคล, รพ.สต.หลักร้อย, รพ.สต.สีมูม, รพ.สต.ทุ่งกระโดน และรพ.สต.โคกกรวด มีจำนวน อสม. 205, 240, 129, 147, 109, 60 และ 204 คน ตามลำดับ) รวมมี อสม. จำนวน 1,094 คน ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ เกรจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) อ้างใน ประสพชัย พสุนนท์¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 293 คน และเพื่อป้องกันการได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบถ้วน หรือข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10%¹⁶ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น คำนวณไว้เพิ่ม 10 % รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 325 คน

เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ 2) ทำหน้าที่ อสม. ไม่นต่ำกว่า 5 ปี 3) จับฉลากตามหมายเลข และ 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออกประกอบด้วย 1) ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และ 2) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 045 ลงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2563 มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยอันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และมีความเข้าใจดีแล้วผู้ให้ข้อมูลจึงเซ็นใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจาก ญัฐพงศ์ บัวแก้ว¹⁴ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรมและพร คำแสงสวัสดิ์¹⁷ เพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และขอบเขตของการวิจัย จากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีแนวคิด และงานวิจัยต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล โดยจำแนกตาม เพศ อาชีพ รายได้ ระยะเวลา ที่เป็น อสม. จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก ญัฐพงศ์ บัวแก้ว¹⁴ การรับรู้ความรุนแรง 10 ข้อ รับรู้โอกาสเสี่ยง 10 ข้อ ความคาดหวังในผลของการกระทำ 17 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถ 16 ข้อ และพัฒนาจากกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม

และพร ดำแสงสวัสดิ์¹⁷ 7 ข้อ ผู้วิจัยได้ข้อสรุปจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 6 ข้อ ความคาดหวังในผลของการกระทำจำนวน 5 ข้อ และความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผล เป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00) เห็นด้วย (คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20) ไม่แน่ใจ (คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.40) ไม่เห็นด้วย (คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.00) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80)¹⁸

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อย ๆ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยแปลผลเป็นระดับใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด¹⁸ คะแนน 2.68 - 4.00 แปลว่า พฤติกรรมกำป้องกันระดับสูง คะแนน 1.34-2.67 แปลว่า พฤติกรรมกำป้องกันระดับปานกลาง คะแนน 1.00 - 1.33 แปลว่า พฤติกรรมกำป้องกันระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงจูงใจและพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านแผนและนโยบายของจังหวัด ด้านการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญการบริหารควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.81 และ 0.90 ตามลำดับ และได้ปรับแก้แบบสอบถามจากนั้นได้นำทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และ 0.77 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2563 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ 2) ทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามชี้แจง ขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามพร้อมแจกแบบสอบถามให้กับ อสม. ที่นัดมารวมกันที่แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) นั้น ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยใช้เวลา 20 นาที 3) ผู้ตอบแบบสอบถามครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ 4) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation [S.D.]) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจ พฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot (Normal Q-Q Plot) พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆเส้นตรง ดังนั้น

สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson's moment Product Correlation)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาคืน จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 98.15 พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 90.30) มีอายุเฉลี่ย 54.98 ปี (51-60 ปี) (S.D. = 10.29) อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 27.0) และมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.2)

แรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

อสม. มีแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.66) เมื่อวิเคราะห์รายได้ พบผลดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมพบการรับรู้ความรุนแรง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.62) โดยการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รับรู้ว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่อันตราย” ($\bar{X} = 4.72$, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันตรายถึงขั้นเสียชีวิต” ($\bar{X} = 4.70$, S.D. = 0.54) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต” ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.73)

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมพบการรับรู้โอกาสเสี่ยง คือ เห็นด้วย ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.02) โดยการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รับรู้ว่า “หากฉันไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ฉันจะติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้” ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.71) รองลงมา คือ “การเดินสวนกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ได้ป้องกันตนเอง ฉันมีโอกาสติดเชื้อได้” ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.80) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ตอนนี้ประเทศไทยควบคุมโรคโควิดได้ดี ฉันจึงไม่เสี่ยงต่อการติดโรคโควิด” ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 1.25)

3) ความคาดหวังในผลของการกระทำที่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมพบความคาดหวังในผลของการกระทำคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.76) โดยความคาดหวังในผลของการกระทำที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ “การกินร้อน ช้อนส่วนตัว จะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.59) รองลงมา คือ “การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำกับสบู่ นาน 20 วินาที จะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.70) และเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 1.05)

4) ความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเองในวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมพบความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง คือ เห็นด้วย ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.84) โดยความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ “ฉันปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ จาม ทุกครั้ง ได้” ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.64) รองลงมา คือ “ฉันสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดีเสมอ” ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.63) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ฉันงดเอามือสัมผัสกับใบหน้า จมูก ปาก และตา ของตนเองได้” ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 1.74)

นอกจากนั้น อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.33) โดยทุกข้อคำถามมีการปฏิบัติทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ “ท่าน

สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า โดยสาธารณะ” ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.37) รองลงมา คือ “ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ” ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.49) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด “เมื่อท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น จะทานอาหารจานเดียว หรืออาหารชุดสำหรับ 1 คน” ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 0.98)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32$ p -value < .01) และรายด้านการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p -value < .05) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านความคาดหวังในผลของการกระทำและด้านความคาดหวัง ในความเชื่อมั่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p -value < .01)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง อสม. มีแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับเห็นด้วย อย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.66) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาจเนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่างๆ มาก ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁶ รวมไปถึง อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานป้องกันโรค⁶ ทำให้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ของ อสม. ตลอดทั้ง การได้รับการยอมรับจากหน่วยงานทั้งในและนอกประเทศที่ชื่นชม ยกย่อง⁸ มีความพอใจและเป็นแบบอย่างที่ดี ในการป้องกันตนเอง การดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง⁸ เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคของตนเองดีขึ้นได้ เมื่อพิจารณาแรงจูงใจรายด้านพบว่า อสม. มีการรับรู้สูงที่สุดในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรง รับรู้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่อันตราย ($\bar{X} = 4.72$, S.D. = 0.50) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ว่าหากไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จะติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.71) ด้านความคาดหวังในผลของการกระทำ รับรู้ว่าการกินร้อน ช้อนส่วนตัว จะช่วยป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.59) และด้านความคาดหวังในความเชื่อมั่นของตนเอง รับรู้ว่าตนเองจะสามารถปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ จาม ทุกครั้ง ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.64) สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ วงษ์¹¹ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการศึกษา พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ อสม. ทำมากที่สุด คือ การสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น อธิบายได้ว่า อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสารจากได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข หรือจากสื่อต่าง ๆ ที่มีความรุนแรง จำนวนคนการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทุกวันและมีการเน้นให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพ ทั้งตนเอง ครอบครัวและอาจถึงแก่ชีวิตได้ และที่สำคัญ อสม. มีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินกิจกรรม เฝ้าระวัง ควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข¹⁹ ได้แก่ เยี่ยมบ้าน โดยเคาะประตู คัดกรองด้วยการวัดไข้ สอนและให้ความรู้ประชาชน การติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการรายงานผลการดำเนินงานวันต่อวัน รวมไปถึง การให้ความรู้แก่ประชาชนและการคัดกรอง อย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักและการปฏิบัติตัวเพื่อมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ได้มีระเบียบคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ราชกิจจานุเบกษา²⁰ มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมคือ การให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เพื่อลดความ

เสี่ยงจากการติดเชื้อและป้องกันมิให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะและจำกัดวงในการระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน²¹ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร มีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง (ร้อยละ 99.80) นอกจากนั้นการศึกษาของ Bashirian, et al.²² พบว่าพฤติกรรมการป้องกันของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในอิหร่าน ต่อ COVID-19 มีการสวมถุงมือทุกขั้นตอน (43.3%) และการใช้หน้ากากอนามัย (51.8%) เป็นการป้องกันที่พบบ่อยที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong, et al.²³ พบว่า ประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน มีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง (ร้อยละ 98.00) และจากการศึกษาของ Yildirim Akgül & Geçer²⁴ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

ผลการศึกษาที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ อสม. รับรู้สูงสุดว่าการกินร้อน ช้อนส่วนตัว จะช่วยป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่กลับระบุว่าพฤติกรรมทานอาหารจานเดียว หรืออาหารชุดสำหรับ 1 คน เป็นพฤติกรรมที่ตนเองทำน้อยที่สุด ที่พบผลการศึกษาขัดแย้งกันเช่นนี้ อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมของครอบครัว ไทยนั้นรับประทานอาหารล้อมวงกัน มีกับข้าว ข้าวสวยจากโถใส่จานอาหาร มีช้อนกลางสำหรับตักกับข้าว ใส่จานของตน การรับประทานอาหารเย็นร่วมกันในครอบครัวถือเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย เพราะถือว่าเป็นเสมือนการที่สมาชิกครอบครัวมารวมตัวกันพร้อมหน้า นอกจากทานอาหารด้วยกันแล้วยังเป็นช่วงเวลา ที่ได้สนทนากับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคทำให้มีการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหารเป็นไปแบบกินร้อน ช้อนส่วนตัว จัดเป็นชุด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ผลการศึกษาประการสุดท้ายคือ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งกล่าวได้ว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรคที่สูงขึ้น จะทำให้ อสม.มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้นด้วย แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของของทฤษฎีของโรเจอร์ อธิบายได้ว่า การสร้างแรงจูงใจเป็นพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมให้ได้รับแรงจูงใจ จะทำให้มีความตระหนักและรับรู้เท่าในการปรับพฤติกรรมได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษา ของอภิวดี อินทเจริญ และคณะ⁹ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาวและเพ็ญญา บุญเสริม²⁵ พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สอดคล้องกับ บุศณี มุจรินทร์และคณะ²⁶ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับดี และการศึกษาของ Luo Y, et al.¹³ พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อทักษะพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการะบาดของ โรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการควรส่งเสริมให้ อสม. เกิดแรงจูงใจในการพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะเรื่องงดเอามือสัมผัสกับใบหน้า จมูก ปาก และตา ของตนเอง งดการรับประทานอาหาร ร่วมกับผู้อื่น ควรทานอาหารจานเดียวหรืออาหารชุดสำหรับ 1 คน
2. ด้านการบริหาร พัฒนาศักยภาพ อสม. สร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายของโรคใน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จะทำให้การระบาดของโรคเพิ่มจำนวนมากขึ้น
3. ด้านการวิจัย ผู้รับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ควรนำข้อค้นพบในการศึกษานี้ไปพัฒนา โปรแกรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทำการศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งเสริมแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม
การป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. ประกาศให้ไวรัสโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgonline.com/around/detail/9630000024808>
2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แนะนำวิธีดูแลและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.cmu.ac.th/web/FONEEventDetail.aspx?id=22645>
3. สำนักนายกรัฐมนตรี. เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ เล่ม ๑๓๗ ตอนที่ ๒๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF
4. กรมควบคุมโรค. สรุปสถานการณ์ศูนย์ข้อมูล COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/general/news-647816>
5. สุธิสา กรายแก้ว, ภัชดา สุวรรณวล, สุภาภรณ์ โสภา, พระครูธีรธรรมพิมล. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครทรรศ 2563;7:69-81.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เอกสารชุดความรู้ แนวทาง “อสม.เคาะประตูบ้าน ด้านโควิด-19”. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsscovid.com/files/ขอความร่วมมือสนับสนุนการรณรงค์%20อสม.เคาะประตูบ้าน.pdf>
7. จงกลณี ตัญเจริญ, นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, ธิรัตน์ นิมกระโทก. การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2563;4:1-20.
8. The Bangkok insight. Update Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/347285/>
9. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3:19-30.
10. จารุวรรณ ใจแสน. พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat16/6114060102.pdf>
11. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

12. Ronald W. Rogers. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change1. The Journal of Psychology [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 มี.ค. 2565];93-114. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980.1975.9915803>
13. Luo Y, Yao L, Zhou L, Yuan F, & Zhong X. Factors influencing health behaviours during the coronavirus disease 2019 outbreak in china: An extended information-motivation-behaviour skills model. Public Health 2020;185:298-305.
14. ณัฐพงศ์ บัวแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเชิงป้องกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
15. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2563];112-5. เข้าถึงได้จาก: https://arts.kmutnb.ac.th/file_article/1442473417.pdf
16. สมอาด อุ่นไชย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอธาตุพนม จังหวัด นครพนม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
17. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีรธรรม, พร ดำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; 14:25-36.
18. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
19. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
20. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.js100.com/en/site/news/view/104019>
21. ณัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564;4:33-48.
22. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, and Moeini B. Factors associated with preventive behaviours of covid-19 among hospital staff in iran in 2020: An application of the protection motivation theory. Journal of Hospital Infection 2020;105:430-3.
23. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, & Li Y. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. International Journal of Biological Sciences 2020;16:1745-52.

24. Yildirim M, Akgül Ö, & Geçer E. The effect of covid-19 anxiety on general health: The role of covid-19 coping. [internet]. 2020 [2022 Mar 23]. Form: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33456406/>
25. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญนภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงใน จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35:555-64.
26. บุศณี มุจรินทร์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, สำราญ เหล็กงาม. พฤติกรรมการป้องกันตนเองความเครียด และการเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;8:413-24.

การพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลีและการออกกำลังกาย แบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน

อรรวรยา ศรีวรรณ์ พย.บ.^{1*}, พัชร ใจการุณ Ph.D.²,
รัตนา บุญพา พย.ม.², ภาวิณี ทหารสาร พย.ม.²

บทคัดย่อ

การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ และการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นทางเลือกหนึ่งช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้จากแนวทางฯ ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การวิจัย ครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนาตามแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ การวิเคราะห์ปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การนำสู่การปฏิบัติ และการนำรูปแบบจากการพัฒนาที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ต่อไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบบันทึกวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ชุดสถิติปฏิบัติการ และ 3) แบบข้อมูลทั่วไป และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติบรรยายและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยยังไม่คงที่หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 12 รายการ (Level 1.c= 5, 2.c= 1, 2.d= 5, 5.b=1) ได้แนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลีร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ก่อนรับประทานอาหารทุกเช้า 30 นาที และ 2) ค่าความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.76, p = .009$) จากการวิจัยทำให้ทราบว่า การใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาทดลองเปรียบเทียบสองกลุ่ม และเพิ่มระยะเวลาการศึกษามากขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวาน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลี
การออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author e-mail: Sriwarom.Onwanya@gmail.com

วันที่รับ (received) 19 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 เม.ย. 2565

Developing Guidelines for Using Lemon Juice, Wheatgrass Juice, and SKT 1 and 2 Meditation Exercises to Reduce Blood Sugar Levels for Diabetic Patients

Onwanya Sriwarom BS.N^{1*}, Patcharee Jaigarun Ph.D.²,
Rattana Boonpha MS.N², Pawinee Harasan MS.N²

Abstract

Encouraging diabetic patients to maintain their blood sugar levels in the normal range can help reduce complications. Based on the evidence bases, lemon juice along with wheatgrass juice and SKT 1 and 2 meditation were considered as an alternative way to reduce blood sugar levels in diabetic patients. Thus, the objectives of this research were: 1) to develop guidelines for using lemon juice, wheatgrass juice with SKT 1 and 2 meditation exercises to reduce blood sugar levels, and 2) to study the effectiveness of lemon juice, wheatgrass juice with SKT 1 and 2 meditation exercises to reduce blood sugar levels. This research is development research based on the evidence consisting of four phases problem analysis, evidence-based investigation, implementation, and the continued implementation of the developed model. From a simple random technique, the samples were 48 diabetic patients at Nong Lak Sub-District Health Promoting Hospital, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province. The instruments included the recording forms consisting of 1) problem analysis and evidence bases, 2) package of practice, and 3) a general information and patients' blood sugar levels. The data were analyzed through descriptive statistics and one-way repeated measure ANOVA. The results showed that there had unstable level of blood sugar, 12 evidence-based papers (at the level 1.c = 5, 2.c = 1, 2.d = 5, 5.b = 1), and guideline of using lemon juice along with wheatgrass juice and SKT 1 and 2 meditation before breakfast 30 minutes. In addition, the variability in glucose levels in blood during the months 0, 1, 2, and 3 were significantly different ($F = 4.76$, $p = .009$). Moreover, it clearly showed that with the use of lemon juice, wheatgrass juice with meditation exercises of SKT 1 and 2, patients could effectively reduce blood sugar levels. Further, for the suggestions of further studies, there should be an investigation on a comparative trial between two groups in a longer experimental period.

Keywords: diabetes, blood sugar levels, lemon juice, wheatgrass juice, SKT meditation exercises

¹ Nong-Lak Subdistrict Health Promotion Hospital, Muang Sam Sip District Health Office, Ubon Ratchathani Province

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

* Coresponse author e-mail: Sriwarom.Onwanya@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค NCDs (Noncommunicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยกลุ่มโรค NCDs ได้ถูกยกระดับความสำคัญจากประเด็นปัญหาด้านสุขภาพเป็นวาระสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระดับโลก ทั้งนี้เพราะกลุ่มโรคดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องและรุนแรง โรคเบาหวานมีการเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2561 พบผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านคนทั่วโลกและคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 628 ล้านคนในปี 2588¹ สำหรับประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 320,000 คนต่อปี หรือร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดย โรคเบาหวาน เป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต² และยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น จอประสาทตาเสื่อม ต้อกระจก โรคไตเสื่อม ไตวาย ปลายประสาทเสื่อมจากโรคเบาหวาน เป็นต้น¹ จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ³ พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ซึ่งมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานประมาณ 47,596 ล้านบาทต่อปี⁴

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560⁵ จะเป็นทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับการให้ยาในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะนัดรับยารับประทานทุก 1-3 เดือน จากข้อมูลในระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์ชุมชน (Java Health Center Information System: JHCIS)⁶ ค่ารักษาพยาบาลด้วยยารายเดือนประมาณ 150 - 300 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน ถ้ามีผู้ป่วยจำนวน 100 คน ในสถานพยาบาลจะต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยยา 15,000 - 30,000 บาทต่อเดือน หรือ 180,000 - 360,000 บาทต่อปี ซึ่งเป็นการเสียค่ารักษาที่ค่อนข้างสูง สำหรับการไม่ใช้ยาจะเป็นการส่งเสริมการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหารเสี่ยง การออกกำลังกาย การงดหรือเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ เป็นต้น จากการดำเนินการดังกล่าว ยังพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน⁷ และพบภาวะแทรกซ้อน^{3,7} อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายกำกับติดตามโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการกำกับการติดตามดังกล่าว⁸ สอดรับกับแนวทางนโยบายและการเสนอแนะแนวทางการดำเนินการตามการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน⁹ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556¹⁰ ได้เพิ่มการเน้นการส่งเสริมสนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ซึ่งเป็นการดูแลแบบทางเลือกหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำน้ำมะนาวที่เป็นพืชพื้นบ้าน¹¹⁻¹² และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT¹³ มาเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยส่วนใหญ่จะใช้แบบแยกการดูแลเป็นส่วนๆ เช่น การศึกษาการใช้ น้ำมะนาวเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากการศึกษาของ Yagi และคณะ¹¹ ที่ศึกษากับอาสาสมัครพบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่ดื่มน้ำมะนาวและรับประทานข้าวมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่รับประทานเฉพาะข้าว และการศึกษาของวรารักษ์ คำศและ สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์¹³ ที่การใช้การออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ในกลุ่มพระภิกษุ พบว่า ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ามีข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางเคมีของน้ำมะนาว มีกลไกในการลดภาวะ Glycative stress ทำให้เกิดลดการสะสม Advanced glycation end products (AGEs) และลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดตามลำดับ¹⁴ และการออก

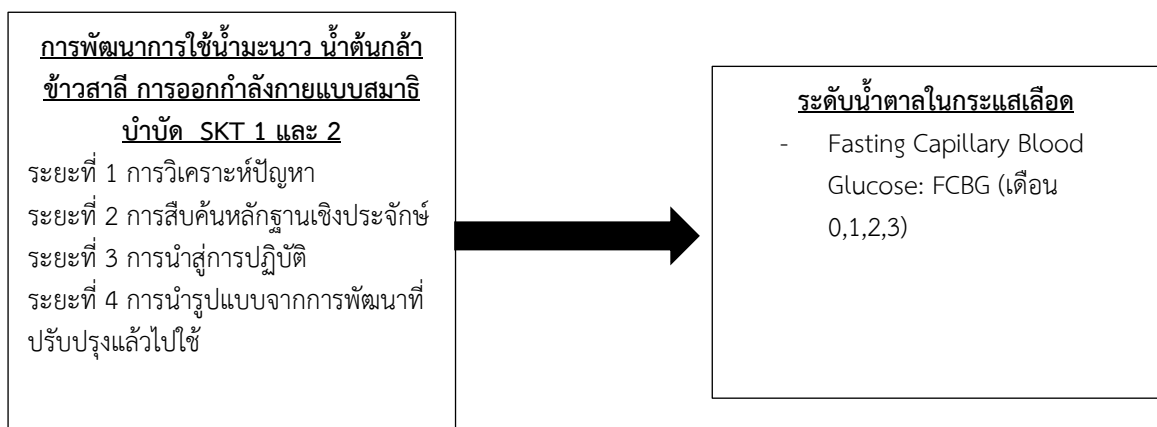
กำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT โดยใช้หลักการผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต เพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ทำให้เชื่อว่าการใช้น้ำมะนาวร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT จะช่วยเสริมการทำงานในร่างกายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าน้ำมะนาวมีความเป็นกรด จึงควรมีการลดความเป็นกรดลงด้วยการเติมความเป็นด่าง ซึ่งน้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสาลีเป็นหนึ่งในพืชที่มีความเป็นด่าง¹⁵ ซึ่งอาจลดความเป็นกรดของน้ำมะนาวลง คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสาลี และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT สำหรับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดระดับน้ำตาลในเลือด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 6 หมู่บ้าน ประชากรจำนวนประมาณ 3,400 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ของพื้นที่รับผิดชอบ จากสถิติ¹⁶ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในแต่ละปี คือ พ.ศ. 2559 จำนวน 50 คน พ.ศ. 2560 จำนวน 50 คน พ.ศ. 2561 จำนวน 55 คน พ.ศ. 2562 จำนวน 58 คน และ พ.ศ. 2563 จำนวน 60 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานจะรับยาทุก 1 เดือน คิดเป็นค่าจ่ายประมาณ 150 - 300 บาท ของแต่ละครั้งในการรักษา แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลักจะมีการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวในการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ประเทศไทยและพื้นที่ตำบลหนองหลัก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสาลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 1 และ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการทางเลือกในการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสาลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสาลี กกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงตามแนวคิด Soukup¹⁷ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Evidence-trigger phase) การศึกษาปัญหาได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประสบการณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2554-2564 (ค.ศ. 2011-2021) จากฐานข้อมูล Google scholar, PubMed, CINAHL และ Thaijo ใช้กรอบแนวคิด PICO ที่มีการกำหนดกลุ่มประชากร การใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ด้วยคำสำคัญภาษาไทย (น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี สมาธิบำบัด SKT เบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด) และคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Lime, Lime Juice, Wheatgrass Juice, Meditation SKT, Diabetes Mellitus, blood glucose) แล้วประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery: JBI)¹⁸ และวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วสรุปเป็นแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) นำแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 มาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติ เภสัชกรและแพทย์แผนไทย ตรวจสอบเครื่องมือความเหมาะสมของการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่จะนำไปใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปทดลองกับผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับการดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ ด้วยการประชุมคณะผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเพื่ออธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิจัย และการดำเนินการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (FCBG) และ 2) ขั้นดำเนินการมีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จากนั้นดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และเซ็นใบยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inform consent) ด้วยความสมัครใจ ต่อมาคณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน รวมทั้งแนวทางการดูแลตนเอง พร้อมทั้งสอนและสาธิตการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 2 อย่างละ 20 รอบ ประมาณ 30-45 นาที ร่วมกับการดื่มน้ำมะนาว (195 มิลลิลิตร) และน้ำดั้นกล่ำข้าวสาลี (120 มิลลิลิตร) ตามลำดับ โดยดำเนินการทุกวันก่อนรับประทานอาหารเช้า 30 นาที (งานวิจัยนี้อยู่ระหว่างดำเนินการจดทะเบียนคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา) แล้วคณะผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยได้ติดตามเยี่ยมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนทุกๆ 1 เดือน

ระยะที่ 4 การนำรูปแบบจากการพัฒนาที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ (Evidence-based phase) เป็นระยะที่นำแนวทางดังกล่าว ที่ผ่านการปรับปรุงจากการทดลองปฏิบัติไปใช้ ด้วยการประเมินผลจากการทดลองใช้เพื่อส่งผลการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเกิดความต่อเนื่องคุ้มค่า คุ้มค่าประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน และทีมสุขภาพต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชุมชนหนองหลัก จำนวน 6 หมู่บ้าน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วม (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เพศหญิงหรือเพศชาย อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 3 เดือน และ 3) ยินดีเข้าร่วมการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล้าข้าวสาเลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT1 และ 2 ต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินวิจัย และมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย เช่น โรคหัวใจ ค่า GFR > 60 มล./นาที โรคหลอดเลือดในสมอง ตีตุลา โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจาก G*Power¹⁹ ค่าอิทธิพล (Effect size) = 0.25¹¹⁻¹² ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจึงเพิ่ม 10% ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 48 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านจาก 6 หมู่บ้านๆ ละ 8 คน ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้รวมทั้งสิ้น 48 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี SSJ.UB 2564/026 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิซักถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ของการปฏิบัติกิจกรรมได้ตลอดเวลา ทีมผู้วิจัยและทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลักยินดีให้การดูแลและช่วยเหลือทันที

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการพัฒนาแนวทางแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล้าข้าวสาเลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัดแบบ SKT สำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 2 ชุดสาธิตปฏิบัติการ 2.1) ชุดกิจกรรมทดลอง ได้แก่ น้ำมะนาว จำนวน 195 มิลลิลิตร และน้ำดั้นกล้าข้าวสาเลี จำนวน 120 มิลลิลิตร ดำเนินการก่อนรับประทานอาหารเช้า 30 นาที 2.2) ชุดทำการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 2 ปฏิบัติอย่างละ 20 รอบ ประมาณ 30-45 นาที และ 2.3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยผ่านการตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ยี่ห้อ Viva Chex (Calibration ทุก 6 เดือน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ผ่านการเจาะปลายนิ้วแบบงดอาหารก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง (Fasting Capillary Blood Glucose: FCBG) ในเดือนที่ 0, 1, 2, และ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติ เกษัชกร และนักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในส่วนที่ 1 - 3 โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87, 0.80, 1.00 ตามลำดับ ภายหลังการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเครื่องมือส่วนที่ 1 และ 3 แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) โดยค่าความสัมพันธ์ (Coefficient correlation: r) เท่ากับ .45 และ .50 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้ทั้งความตรงและความเชื่อมั่น¹⁹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ประสานทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก แพทย์ประจำ และอสม.ประจำพื้นที่ เพื่อแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับการเก็บข้อมูลและขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมนัดวัน และเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก และ 2) ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละหมู่บ้าน แล้วสุ่มผู้ป่วย เพื่อให้ครบจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือให้เซ็นใบยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Informed consent) เพื่อการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สอน และสาธิตการใช้ น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสารี และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ของผู้ป่วยเบาหวาน และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในเดือนที่ 0, 1, 2, และ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติบรรยาย คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสารี และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way repeated measure ANOVA) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับ ค่าเฉลี่ย FCBG เมื่อทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำด้วย Mauchly's Test of Sphericity เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล FCBG ในการวัดซ้ำเดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 (Compound symmetry) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's $W = .541$ และมีค่า Sig. = .000 ซึ่งน้อยกว่านัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 แสดงว่า ความแปรปรวนไม่เป็น Compound symmetry ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย FCBG ด้วยวิธี Greenhouse-Geisser¹⁹

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก ได้รับยาและคำแนะนำปฏิบัติในการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก ทุก 1 เดือน แต่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลง ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการใช้น้ำมะนาว น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสารี และ การออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด พบ 12 รายการ (Level 1.c = 5, 2.c = 1, 2.d = 5, 5.b = 1)^{11,13,20-29} พบว่า น้ำมะนาวมีดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) ต่ำ¹¹ มีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ ที่ยับยั้ง α -amylase ตามธรรมชาติมีส่วนช่วยในการจัดการภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้²⁰⁻²² ในปริมาณน้ำมะนาวประมาณ 15-30 กรัม¹¹ น้ำดื่มน้ำกลั้วข้าวสารีมีคุณสมบัติความเป็นด่าง¹⁵ และช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้²⁴

ในปริมาณผงต้นกล้าข้าวสาลี 3 กรัม²⁶ หรือปริมาณ 100 มิลลิลิตรต่อวัน²⁴ และการออกกำลังกายด้วย SKT ท่าที่ 1 และ 2 ท่าละ 20-30 รอบ²⁹ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์¹³ ส่งเสริมระดับกรดแลคติก (Lactic acid) และคอร์ติซอล (Cortisol) ในเลือดลดลง ส่งผลให้น้ำตาลในกระแสเลือดลดลง²⁹ เมื่อมาวิเคราะห์และสรุปเป็นแนวทางเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดังนี้ ออกกำลังกายแบบสมมติท่า SKT 1 และ 2 อย่างละ 20 รอบ ใช้เวลา 30-45 นาที แล้วดื่มน้ำมะนาว (195 มิลลิลิตร) และดื่มน้ำต้นกล้าข้าวสาลี (120 มิลลิลิตร) ก่อนรับประทานอาหารทุกเช้า 30 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน

เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.9 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 มีอายุค่าเฉลี่ย เท่ากับ 65.40 (S.D. = 8.59) และ BMI ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 23.08 (S.D. = 3.56) สำหรับระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเดือนที่ 0 มีค่าเฉลี่ยของระดับ FCBG 150.21 mg/dL (S.D. = 23.57) มากที่สุด และ ในเดือนที่ 3 ค่าเฉลี่ยของระดับ FCBG 137.35 mg/dL (S.D. = 33.14) น้อยที่สุด ผลการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FCBG) เดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 ด้วยวิธี One-way repeated measure ANOVA มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FCBG) เดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด (FCBG) ในเดือนที่ 0 กับเดือนที่ 1, 2, 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างกันในเดือน 1, 2, และ 3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับน้ำตาลในเลือด (FCBG) ภายในกลุ่ม เดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 ด้วย Repeated Measure ANOVA

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระดับน้ำตาลในเลือด	4464.97	2.17	2056.06	4.76	.009**

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square; *p<.05, **p<.01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FCBG) เดือนที่ 0, 1, 2, และ 3 ด้วยวิธี Bonferroni

ข้อมูล FCBG	$\bar{X}$	S.D.	(m-0)	(m-1)	(m-2)	(m-3)
				MD	MD	MD
				(p-value)	(p-value)	(p-value)
เดือนที่ 0 (m-0)	150.21	23.57	-	8.88 (.012*)	10.17 (.001**)	12.85 (.026*)
เดือนที่ 1 (m-1)	141.33	34.32		-	1.29 (1.000)	3.98 (1.000)
เดือนที่ 2 (m-2)	140.04	25.10			-	2.69 (1.000)
เดือนที่ 3 (m-3)	137.35	33.14				-

DM = Mean difference; $\bar{X}$ = Mean; S.D. = Standard deviation; m-0-1-2-3=เดือนที่ 0-1-2-3; *p<.05, **p<.01

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายครั้งนี้จะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้น้ำมะนาว น้ำต้นกล้าข้าวสาลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมมติท่า SKT 1 และ 2 ต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี และการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จำนวน 12 รายการ (Level 1.c= 5, 2.c= 1, 2.d= 5, 5.b=1) เมื่อมาวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น แนวทางเพื่อลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ แล้วทดลองใช้ และสรุปแนวทางได้ดังนี้ การออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 อย่างละ 20 รอบ ใช้เวลา 30 - 45 นาที แล้วดื่มน้ำมะนาว (195 มิลลิลิตร) และดื่มน้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี (120 มิลลิลิตร) ก่อนรับประทานอาหารทุกเช้า 30 นาที ต่อเนื่อง 3 เดือน สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกระบวนการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเบื้องต้นตามแนวคิดการพัฒนากฎปฏิบัติการพยาบาลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Soukup¹⁷ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ปัญหา (Evidence-trigger phase) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) การนำสู่การปฏิบัติ (Evidence-Observed phase) และการนำรูปแบบจากการพัฒนาที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ต่อไป (Evidence-based phase) อย่างเป็นระบบและชัดเจน บวกกับทีมวิจัยและทีมสุขภาพในพื้นที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทีมวิจัยและทีมสุขภาพในพื้นที่มีการวิเคราะห์ แล้วสรุปเป็นแนวทางดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sackett³⁰ ที่กล่าวว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ทางปฏิบัติการทางคลินิกที่ดี ประกอบด้วย เอกสารการวิจัยที่มีคุณภาพ (Best research evidence) ประสบการณ์ผู้ปฏิบัติการ (Clinical expertise) และคุณค่าต่อผู้รับบริการ (Patient values) และสอดคล้องกับแนวคิด Practical evidence-based practice ทางพยาบาลของ Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard³¹ และ Stannard³² กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ควรประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การตั้งคำถาม (Ask) สืบค้นหลักฐาน (Acquire) ประเมินคุณภาพหลักฐาน (Appraise) ตัดสินใจและนำไปปฏิบัติ (Apply) และตรวจสอบผลการปฏิบัติการ (Analyze & Adjust)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้การใช้น้ำมะนาว น้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี กับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า น้ำมะนาวเป็นพืชพื้นบ้าน¹¹⁻¹² ที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ (Low Glycemic Index) ซึ่งดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) สูงเท่าใดน้ำตาลในเลือดก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งน้ำมะนาวและเปลือกมะนาวยังมีกลุ่มสารฟลาโวนอยด์ ที่ยับยั้ง α -amylase ตามธรรมชาติมีส่วนช่วยในการจัดการภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้²⁰⁻²² สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yagi และคณะ¹¹ และ Freitas และคณะ²⁰ ที่ทดลองกับอาสาสมัครให้ดื่มน้ำมะนาวแล้ว พบว่าลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการดื่มน้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี ซึ่งมีความเป็นด่าง¹⁵ ส่งผลช่วยลดความเป็นกรดจากน้ำมะนาว และช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้²⁴ สอดคล้องกับงานวิจัย ของ Choudhary และ Nalwade²⁶ ทดลองกับผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40-70 ปี ดื่มน้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี พบว่า FBS ลดลงใน 60 วัน และวิจัยของ Anand และ Singh²⁴ ทดลองกับผู้ป่วยเบาหวานดื่มน้ำดั้นกล้ำข้าวสาลี ก่อนอาหารเช้าและเย็น 1 ชั่วโมง 30 นาที ใน 45 วัน พบระดับ FBS ลดลงเช่นกัน นอกจากนี้เมื่อมีการกำหนดลมหายใจ เข้าและออกเป็นตัวการขับเคลื่อนพร้อมกับการเคลื่อนไหว ก็อาจช่วยการปรับกระบวนการทำงานของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ เป็นไปตามแนวคิด สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี²⁹ ที่แนะนำให้สมาธิบำบัดเป็นการปฏิบัติการ

ออกกำลังกายประสาธน์ที่พัฒนาโดยเทคนิค (SKT) ท่าที่ 1 และ 2 เป็นการผสมผสาน กับความรู้สึก และต้องสัมพันธ์กับการหายใจเป็นธรรมชาติ มาใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และมีผลทำให้ระดับกรดแลคติก (Lactic acid) และคอร์ติซอล (Cortisol) ในเลือดลดลง ส่งผลให้น้ำตาลในกระแสเลือดลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ฮอร์โมนเบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้น ระดับอะดรีนอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมนลดลง เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบลดความตึงเครียด ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ คำรศและสมฤดี ชื่นกิตติยานนท์¹³ ที่ทดลองการใช้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 2 นาน 8 สัปดาห์ กับพระสงฆ์ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตลดลง และงานวิจัยของ ภาณุวัฒน์ ภูสุทธธี และ ศักดิ์สิทธิ์ เชียงไขแก้ว²⁸ ทดลองใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1, 2, 3, 7 ในผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหนองปลาน้อย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมการทำสมาธิบำบัด มีค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากวิจัยครั้งนี้ ประเด็นที่น่าสนใจคือ มีพัฒนาแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วไปทดลองใช้ข้างต้น ด้วยการวิเคราะห์และสรุปรวมกิจกรรม ดม้น้ำมันและน้ำต้นกล้าข้าวสาเลี ร่วมกับการออกกำลังกายแบบสมาธิบำบัด SKT 1 และ 2 ร่วมกันครั้งแรก ช่วยลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดภายใน 1 เดือน และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ต่อเนื่องใน 3 เดือน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดวิจัยครั้งนี้ คือมีการศึกษาทดลองแนวทางข้างต้นเฉพาะหนึ่งกลุ่ม หนึ่งพื้นที่ และช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งจะยังไม่สามารถอ้างอิงต่อในพื้นที่อื่นได้ รวมทั้งการประเมินผลครั้งนี้เป็นเพียง FCBG ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการศึกษา HbA1C ศึกษาทดลองเปรียบเทียบสองกลุ่ม และเพิ่มระยะเวลาการศึกษามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
2. กระทรวงสาธารณสุข. สธ. ห่วง คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโมงละ 37 คน เร่งวางแนวทางป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.khaosod.co.th/monitornews/news_1421769.
3. กองโรคติดต่อ. กรมควบคุมโรค ผนึกวันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์ชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://neo.moph.go.th/jhcis>
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg>

6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://jhcis.moph.go.th/download.php>
7. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) ปี 2559-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2061 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>
8. กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ(โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)ประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>
9. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, มธุพร ภาคพรต, พกษา บุบุญ. “สู่ชุมชน สุขภาพดี” คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. นนทบุรี: สหมิตรพรินแอนพับลิชชิง; 2558.
10. สำนักงานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Statute_on_the_natinati_health_system_591219.pdf
11. Yagi M, Uenaka S, Ishizaki K, Sakiyama C, Takeda R, Yonei Y. Effect of the postprandial blood glucose on lemon juice and rice intake. Glycative Stress Research 2020;7:174-80.
12. Padhy GK, Yadav R. Effect of lemon juice in reducing blood sugar of pre-diabetes and diabeters patients: A community based pragmatic randomized trial. International Journal of Scientific Research 2019;8:29-32.
13. วราภรณ์ คำรศ, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ต่อการลดน้ำตาลในเลือดและลดระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย 2562;16:65-78.
14. Yagi M, Yonei Y. Glycative stress and anti-aging: 14. regulation of glycative stress. 2. inhibition of the age production and accumulation. Glycative Stress Research 2010; 6:212-18.
15. Eissa HA, Mohamed SS, Hussein AM. Nutritional value and impact of wheatgrass juice (Green Blood Therapy) on increasing fertility in male albino rats. Bulletin of the National Research Centre 2020;44:1-11.
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลัก. รายงานประจำปี 2559-2663. ม.ปท.; 2563.
17. Soukup MS. The center of advance nursing practice evidence-based practice model. Nursing clinical of North America 2000;35:301-9.
18. The Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. 2020. [cited 2020 Dec 20] Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>

19. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ขนาดอิทธิพล:การวิเคราะห์การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
20. Freitas D, Boué F, Benallaoua M, Airinei G, Benamouzig R, Le Feunteun S. Lemon juice, but not tea, reduces the glycemic response to bread in healthy volunteers: A randomized crossover trial. *European Journal of Nutrition* 2021;60:113-22.
21. Basli A, Younici S, Benkerrou Z, Khettal B, Madani K. Evaluation of in-vitro antidiabetic and hypolipidaemic activities of extracts citrus lemon fruit. *Journal of Environmental Science and Engineering* 2016;5:612-8.
22. KunduSen S, Halda PK, Gupta M, Mazumder UK, Saha P, Bala A, et al. Evaluation of antihyperglycemic activity of Citrus limetta fruit peel in streptozotocin-induced diabetic rats. *International Scholarly Research Notices* 2011;2011:1-6.
23. Shakya G, Goud C, Pajaniradje S, Rajagopalan R. Protective role of wheatgrass on oxidative stress in streptozotocin induced type 2 diabetic rats. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences* 2012;4:415-23.
24. Anand R, Singh P. The effect of Wheat Grass Juice in Type-2 Diabetes Mellitus. *World Journal of Pharmaceutical Research* 2020;9:943-56. doi: 10.20959/wjpr20204-17052.
25. Mis L, Comba B, Uslu S, Yeltekin A. Effect of Wheatgrass on DNA damage, oxidative stress index and histological findings in Diabetic Rats. *International Journal of Morphology*. 2018;36:1235-40.
26. Choudhary MM, Nalwade VM. Effect of supplementation of wheat grass (*Triticum aestivum* L) powder on blood glucose level of selected diabetic subjects. *Food Science Research Journal* 2016;7:170-5. doi: 10.15740/HAS/FSRJ/7.2/170-175
27. Shaikh M, Quazi M, Nandedkar R. Hypoglycemic effect of wheatgrass juice in alloxan induced diabetic rats. *Pharma Tutor* 2011;1:39-40.
28. ภาณุวัฒน์ ภูสุถุทธิ์, ศักดิ์สิทธิ์ เชียงไขแก้ว. รายงานวิจัย การใช้สมานิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1,2,3,7 เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหนองปลาน้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://cupsakol.org/pkp2/pkp2/Thu120753.pdf>
29. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมานิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลเจียฮั่ว; 2556.
30. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes R B. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 2nd ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2020.
31. Benner PE, Hooper-Kyriakidis PL, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach. 2nd ed. Springer Publishing Company; 2011.
32. Stannard D. A practical definition of evidence-based practice for nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2019;34:1080-4.

ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล

ปิยพงศ์ สอนลบ ปร.ด.^{1*}, สุวรรณี สร้อยสงค์ ส.ด.¹,
กัณธิรชา เฟื่องทอง พย.ม.², นันทวรรณ อีรพงศ์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เป็นเป้าหมายหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนทางวิชาชีพพยาบาล จิตตปัญญาศึกษาเป็นรูปแบบการเรียนการสอนหนึ่งช่วยส่งเสริมเป้าหมายดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2563 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 14 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความสุขในการเรียนรู้ และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่ามัธยฐาน การทดสอบวิลคอกซอลและแมนวิทนี-ยู ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิจัยพบว่า 1) ในกลุ่มทดลอง ค่ามัธยฐานของความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมหลังเรียนกิจกรรมฯ สูงกว่าก่อนเรียนกิจกรรมฯ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) เมื่อเปรียบเทียบความสุข ฯ และพฤติกรรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่ามัธยฐานของความสุข ฯ และพฤติกรรม ฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) ความคิดเห็นนักศึกษา พบว่ากิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกดดันในเวลาเรียน ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี และช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อน ผู้สอน และทีมการพยาบาล ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่าการนำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนภาคปฏิบัติการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และมีพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม

คำสำคัญ: กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา การพยาบาลแบบองค์รวม ความสุขในการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข

* Corresponding e-mail: Piyapong@bcnb.ac.th

วันที่รับ (received) 11 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 เม.ย. 2565

Effects of Contemplative Education on Happiness Learning and Holistic Nursing among Nursing Students

Piyapong Sornlob Ph.D.^{1*}, Suwannee Sroisong Dr.P.H.¹,
Panthiracha Fuongtong M.N.S.², Nanthawan Teerapong M.N.S.³

Abstract

Nursing students' holistic care in nursing and happiness in learning are one of goals for nursing education. Contemplative education is a learning and teaching pattern to reach this goal. The purpose of this research was to study the effects of contemplative education approaches toward happiness in learning and holistic care in nursing. Quasi-experimental research was conducted in two group pretest posttest design. Samples were 27 sophomore nursing students who enrolled in 2020, divided into two groups: 14 for experimental group and 13 for control group respectively. Instruments were 1) contemplative education as research instrument, and 2) a questionnaire as collecting data including happiness in learning, and holistic care in nursing. Data analysis included percentage, median statistics, Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, and Man-Whitney-U test for the quantitative data, whereas content analysis for the qualitative data. The results revealed three parts. Firstly, in experimental group, median scores of happiness in learning and holistic care in nursing of the post test were higher than those of pre test one and there was significantly different at .05 level. Secondly, in experimental group, median scores of happiness in learning and holistic care in nursing were higher than those of the control group and there was a statistically significant difference at the .01. Lastly, nursing students' opinion included contemplative education help to relax and reduce learning pressure. The study suggests that the applying contemplative education into practical section of nursing education enhance nursing students' happiness, and holistic care during their training.

Keywords: contemplative education program, holistic nursing, happiness in learning, nursing students

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding e-mail: Piyapong@bcnb.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเรียนการสอนการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดเกี่ยวกับมนุษย์และวิถีชีวิตที่มีการผสมผสานในการดูแลสุขภาพ¹⁻² และการสร้างผู้เรียนให้เกิดทักษะการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น จะต้องใช้การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่จะการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้เรียนเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงความเป็นมนุษย์ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงทั้งความคิด (Head) จิตใจ (Heart) และนำไปสู่การปฏิบัติ (Hand) อย่างสมดุล³ ซึ่งวิธีการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) เริ่มพัฒนาขึ้นระหว่างทศวรรษที่ 1980 ในมหาวิทยาลัยนาโรปะ (Naropa University)⁴ เป็นแนวทางการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านในหรือทำให้ผู้เรียนตระหนักรู้สำรวจภายในตนเอง ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ มุมมองต่อชีวิตและโลก⁵⁻⁷ จิตตปัญญาศึกษามุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างการศึกษาปัจจุบัน คือ เปลี่ยนแปลงโลกภายใน จากด้านในของจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงจนเกิดความรู้สึกว่าตนเองและสรรพสิ่งมีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว แล้วส่งผลให้เกิดความรัก ความเมตตาต่อตนเองและสรรพสิ่งมากกว่าการศึกษาปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงโลกภายนอก ซึ่งการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจะส่งเสริมกระบวนการทัศน์ของการคิด มีเมตริจิตอันไพศาล มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถเรียนรู้ร่วมกันบุคคลอื่น ทำให้ผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากไปสู่ความสำเร็จ และมีความสุขในการเรียนรู้⁸

จากศึกษาของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผลพบว่คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนเรียนซึ่งการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ การพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน กับครู และทีมการพยาบาล และทำให้นักศึกษาเกิดความสุขในขณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย⁹

สุนิดา ชูแสง¹⁰ ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษามีความสามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หลังการใช้กระบวนการทัศน์จิตตปัญญาศึกษา สูงกว่าก่อนใช้กระบวนการทัศน์และจากการศึกษาของ นฤมล อเนกวิทย์¹¹ เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลพบว่า หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการตระหนักรู้คุณค่าความเป็นมนุษย์และการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาของ วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง¹² การใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสอนนักศึกษาแพทย์ในรายวิชาสุขภาวะกายและจิต พบว่า นักศึกษาแพทย์มีสมาธิเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการเรียน สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ปล่อยวางอารมณ์ได้เร็ว มองโลกในแง่ดี มีเหตุผลและความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น จึงจะกล่าวได้ว่าจิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนาจิตใจอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ เกิดความรักความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างสมบูรณ์¹³ โดยสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อนักศึกษา

พยาบาลสำหรับนำไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยต่าง ๆ การจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นการขึ้นฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ไม่มั่นใจในความรู้ และวิตกกังวล กลัวทำงานผิดพลาดขาดความมั่นใจในการทำงานร่วมทีมพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล¹⁴ เป็นผลให้ความสุขในการเรียนรู้ลดลง อีกทั้งผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ในปีการศึกษา 2562 จากงานกิจกรรมนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พบว่า หัวข้อประเมินเรื่อง ความเข้ากันได้กับผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.36 ซึ่งข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวม

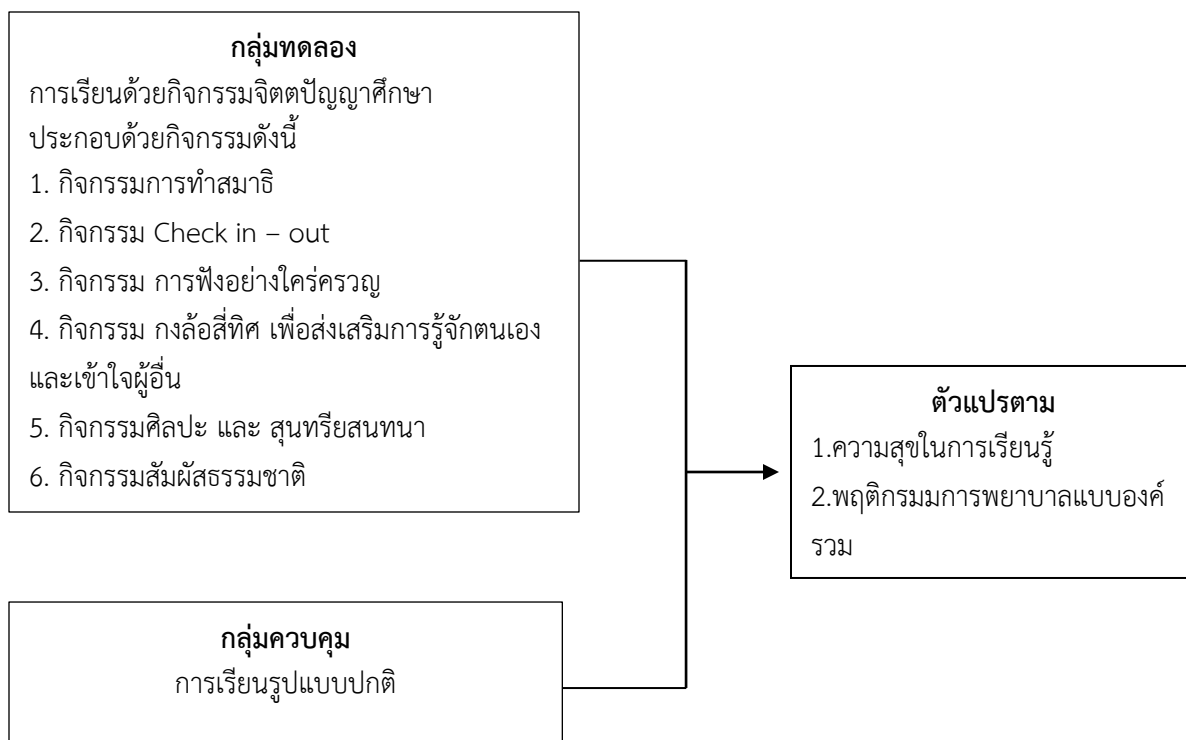
ด้วยเหตุผลความสำคัญและแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา มาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลให้เกิดทักษะการพยาบาลแบบองค์รวม และทำให้นักศึกษาเกิดความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย รวมทั้งเตรียมพร้อมการเป็นพยาบาลที่ดีมีทักษะการทำงานอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล ภายในกลุ่มทดลองที่เรียนร่วมกับกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ก่อนและภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่เรียนร่วมกับกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบที่เรียนรูปแบบปกติ ภายหลังการทดลอง

กรอบแนวความคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจิตตปัญญา^{5,15-18} ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนาด้านในจิตใจและเปลี่ยนแปลงภายในตนเองเพื่อเกิดความเชื่อมโยงของสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เกิดความรักความเมตตาบนพื้นฐานของความเข้าใจอย่างแท้จริง มีจิตต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่าง ๆ ที่เป็นองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข โดยมีกิจกรรมจิตตปัญญาประกอบด้วย การทำสมาธิ การสำรวจตนเอง การฟังอย่างใคร่ครวญ กิจกรรมศิลปะ สุนทรียสนทนา และการสัมผัสธรรมชาติ ซึ่งคาดหวังว่ากิจกรรมจิตตปัญญาดังกล่าวจะส่งผลให้มีความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เรียนร่วมกับกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เรียนแบบปกติ ดังภาพ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 147 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาปฏิบัติหลักการพยาบาลและเทคนิคการพยาบาล 1 และ 2

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 10 โดย Test family คือ T test สถิติที่ใช้คือ Wilcoxon -Mann-Whitney test (Two groups) One-way ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95¹⁹ กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 24 คน โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดฉลากหมายเลขของหน่วยตัวอย่างตามเลขที่ของนักศึกษาแล้วจึงสุ่มจับฉลากออกทีละใบ²⁰ จากนั้นนำรายชื่อนักศึกษามาจัดเข้ากลุ่มของการฝึกปฏิบัติ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 13 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผ่านการเรียนทฤษฎีวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล 1 และ 2 3) เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) เจ็บป่วยทางกายหรือมีความเครียดระดับรุนแรงจนไม่สามารถฝึกภาคปฏิบัติได้ และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกัน 1 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) หลังจากเข้าร่วมการวิจัยแล้วไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกันนาน 1 สัปดาห์ หรือกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHL 1/2564.1.5 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมก่อนดำเนินการกิจกรรมการวิจัย ผู้เข้าร่วมสามารถยกเลิกโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะได้รับการสอนและการนิเทศติดตามการฝึกปฏิบัติปกติ ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อคะแนนใด ๆ ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 2 ปี สถานที่เก็บวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และจะทำลายภายหลังสิ้นสุดระยะเวลา 2 ปี ภายหลังชี้แจงให้นักศึกษาเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการจัดกิจกรรมจิตตปัญญา ผู้วิจัยสร้างโดยการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจิตตปัญญา^{5,15-18} ซึ่งมีกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์/วิธีการ	ระยะเวลา (ชั่วโมง/นาที)
1.กิจกรรมการทำสมาธิ	กิจกรรมนี้ให้นักศึกษาหลับตาตั้งสติ ทำจิตให้นิ่ง ก่อน Pre - Conference ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว อาจารย์ประจำกลุ่มจะกล่าวเกริ่นนำให้นักศึกษาทบทวนการเรียนรู้ที่ผ่านมาแล้วเชื่อมโยงกับความรู้หรือกิจกรรมที่จะทำต่อไป และเมื่อครบเวลาก่อนที่ อาจารย์ประจำกลุ่มจะทบทวนอีกครั้ง	5 นาที
2.กิจกรรม Check in/out	อาจารย์ประจำกลุ่มสอบถามความอารมณ์ ความรู้สึกของนักศึกษา โดยเปรียบเทียบกับท้องฟ้าหรือทะเล ก่อนการ Pre conference ทุกวันของการฝึกปฏิบัติงาน	10 นาที
3.กิจกรรม การฟังอย่างใคร่ครวญ	ให้นักศึกษาจับคู่ เล่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จและเหตุการณ์ที่ไม่ชอบหรือรู้สึกไม่ดี โดยให้ผู้ฟังโดยไม่พูดแทรก ให้เวลาเล่าเรื่องคนละ 10 นาที (สัปดาห์ที่ 2-3 อย่างน้อย 1 ครั้ง)	60 นาที
4.กิจกรรม กงล้อสี่ทิศ	อาจารย์ประจำกลุ่มอธิบายความหมายของทฤษฎีกงล้อ 4 ทิศ (Celtic Wheel) โดยเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมของคนกับสัตว์ 4 ชนิด จากนั้นให้นักศึกษาพิจารณาตนเองมีบุคลิกภาพคล้ายกับสัตว์ชนิดใด และนำเสนอเหตุผลของการเลือกสัตว์ชนิดนั้น ๆ จากนั้นให้นักศึกษาที่เลือกสัตว์ชนิดเดียวกันมารวมอยู่ด้วยกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อดี ข้อด้อยของตน	15 นาที
5.กิจกรรมศิลปะ และสุนทรียสนทนา	ให้นักศึกษาวาดภาพ ระบายสี ที่สะท้อนถึงตัวผู้เรียน พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ และจากนั้นให้นักศึกษาเล่าสิ่งที่อยากจะบอกเกี่ยวกับรูปวาดของตนเอง โดยสมาชิกท่านอื่น ๆ รับฟังอย่างตั้งใจ ไตร่ตรอง ฟังอย่างรู้เท่าทัน ให้ผู้พูดได้พูดอย่างเชื่อมโยง โดยการแขวนลอยข้อสงสัย ข้อคำถามไว้ก่อน ไม่ด่วนสรุปและวิจารณ์การแสดงความเห็นนั้น ๆ เป็นการสร้างบรรยากาศความมั่นคงปลอดภัยให้แก่นักเรียน	30 นาที
6.กิจกรรมสัมผัสธรรมชาติ	ให้นักศึกษาสัมผัสกับต้นไม้ในสวนหรือสระน้ำ แล้วเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิด กับสิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก หรือการเคลื่อนไหวของใบไม้ เพื่อให้ผู้เรียนตระหนัก	60 นาที

กิจกรรม	วัตถุประสงค์/วิธีการ	ระยะเวลา (ชั่วโมง/นาที)
	เกี่ยวกับสรรพสิ่งในธรรมชาติ เชื่อมโยงกับตนเองและสิ่งต่างๆ นาน 10-15 นาที จากนั้นให้แชร์เรื่องราวความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับสัมผัสการธรรมชาติ (สัปดาห์ที่ 2-3 อย่างน้อย 1 ครั้ง)	

ซึ่งรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมมี ดังนี้

1) กิจกรรมการทำสมาธิ กิจกรรมนี้ให้นักศึกษาหลับตาตั้งสติ ทำจิตให้นิ่งก่อน Pre - Conference ใช้เวลา 3 - 5 นาที ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว อาจารย์ประจำกลุ่มจะกล่าวเกริ่นนำให้นักศึกษาทบทวนการเรียนรู้ที่ผ่านมาแล้วเชื่อมโยงกับความรู้หรือกิจกรรมที่จะทำต่อไป แล้วปล่อยให้ทำจิตนิ่ง และเมื่อครบเวลาก่อนที่นักศึกษาจะลืมตา อาจารย์ประจำกลุ่มจะทบทวนอีกครั้ง หรือ ให้นักศึกษาหลับตาตั้งสติ ทำสมาธิ ทบทวนสิ่งที่นักศึกษาจะต้องปฏิบัติ ก่อนจะทำการสอบทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อคลายความกังวล และลดความตื่นเต้นในการสอบปฏิบัติ

2) กิจกรรม Check in ในเวลาเช้าของทุกวันก่อน Pre - conference เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาสำรวจความรู้สึกตนเอง พุดความรู้สึกของตน โดยเปรียบเทียบกับสภาพท้องฟ้า เป็นเวลา 10 นาที Check out ในเวลาเย็น Post - conference เพื่อให้นักศึกษาสำรวจความรู้สึกตนเองในภายหลังฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเปรียบความรู้สึกกับสภาพทะเล และอาจารย์ประจำกลุ่มสรุป ประเด็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึก เป็นเวลา 10 นาที

3) กิจกรรม การฟังอย่างใคร่ครวญ ให้นักศึกษาจับคู่ เล่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จ และเหตุการณ์ที่ไม่ชอบหรือรู้สึกแสบกับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยผู้ฟังจะไม่พูดแทรก ให้เวลาคนละ 5 นาทีต่อ 1 เรื่องเล่า จากนั้น อาจารย์ประจำกลุ่มให้นักศึกษาสะท้อนความรู้สึกที่ได้ฟังจากเพื่อน และสรุปการฟังอย่างใคร่ครวญจะทำให้เราให้เกียรติผู้อื่นและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น

4) กิจกรรมกงล้อสี่ทิศ ซึ่งทฤษฎีกงล้อ 4 ทิศ (Celtic Wheel) เริ่มมาจากชนเผ่าพื้นเมืองแถบสกอตแลนด์ในอดีตที่มีชีวิตผูกพันกับธรรมชาติ พวกเขาสังเกตเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมของคนกับสัตว์ 4 ชนิด ได้แก่ เหยี่ยว หมี กระต่าย และหนู จึงแบ่งคนออกเป็น 4 ลักษณะที่มีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกันออกไป

- (1) กระต่าย: ทิศเหนือ เป็นศูนย์ทอง ชอบใช้สัญชาตญาณ
- (2) หนู: ทิศใต้ เป็นศูนย์ใจ ชอบใช้ความรู้สึก
- (3) หมี: ทิศตะวันตก เป็นศูนย์หัว ชอบใช้ตรรกะและเหตุผล
- (4) เหยี่ยว: ทิศตะวันออก เป็นศูนย์หัวใจ ชอบใช้จินตนาการ

จากนั้นให้นักศึกษาพิจารณาตนเองมีบุคลิกภาพคล้ายกับสัตว์ชนิดใด และนำเสนอเหตุผลของการเลือกสัตว์ชนิดนั้น ๆ จากนั้นให้นักศึกษาที่เลือกสัตว์ชนิดเดียวกันมารวมอยู่ด้วยกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อดีข้อด้อยของตน อาจารย์ประจำกลุ่มและนักศึกษาสรุปประเด็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าใจตนเองและผู้อื่นเป็นเสมือนสัตว์ มีทั้งจุดดีและข้อจำกัด หากพัฒนาข้อจำกัดได้จะทำให้จุดด้อยหายไปกลายเป็นจุดดีมาก

5) กิจกรรมศิลปะ และสุนทรียสนทนา เป็นกิจกรรมที่ให้นักศึกษาวาดภาพระบายสี ที่สะท้อนถึงตัวผู้เรียน พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมการวาดภาพจะช่วยให้ นักศึกษาสำรวจ และทำความรู้จักตนเองมากขึ้น มีสติอยู่กับตนเอง หรือการเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ และจากนั้นให้ นักศึกษาเล่าสิ่งที่อยากจะบอกเกี่ยวกับรูปวาดของตนเอง โดยสมาชิกท่านอื่น ๆ รับฟังอย่างตั้งใจ ไตร่ตรอง ฟังอย่างรู้เท่าทัน ให้ผู้พูดได้พูดอย่างเชื่อมโยง โดยการแขวนลอยข้อสงสัย ข้อคำถามไว้ก่อน ไม่ด่วนสรุปและวิจารณ์ การแสดงความคิดเห็นนั้น ๆ เป็นการสร้างบรรยากาศความมั่นคงปลอดภัยให้แก่นัก

6) กิจกรรมสัมผัสธรรมชาติ เป็นกิจกรรมที่สื่อให้นักศึกษาตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองเชื่อมโยงกับผู้อื่น และสรรพสิ่งอย่างลึกซึ้ง กิจกรรมนี้จะพานักศึกษาไปสัมผัสกับสวนพฤกษศาสตร์ของวิทยาลัย ไปฟังเสียงธรรมชาติ สัมผัสต้นไม้ สม แสงแดด เสียงนก และอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง และสิ่งที่ได้เรียนรู้ เพื่อจะเชื่อมโยงสู่ การเปิดใจ รับฟัง สังเกต รู้สึก เข้าถึงความคิด อารมณ์ ความต้องการของผู้บริการ ญาติ และสมาชิกทีมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์เคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา

2) แบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล⁹ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert's scale) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย คำถามทางบวกและคำถามทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน²¹ มีดังนี้

ข้อความที่มีข้อความทางบวก ให้มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มากเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เล็กน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เลยให้ 1 คะแนน

ข้อความที่มีข้อความทางลบ ไม่เลยให้ 1 คะแนน เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขในการเรียนรู้ มีค่าอยู่ระหว่าง 1 - 5 แบ่งออกเป็น 5 ระดับ²¹ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับต่ำสุด

3) แบบประเมินพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสร้างจากแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ โดย เกณฑ์การให้คะแนน²¹ มีดังนี้ ให้ทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน บ่อยครั้งเท่ากับ 4 คะแนน บ้างครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน นาน ๆ ครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขในการเรียนรู้ มีค่าอยู่ระหว่าง 1 - 5 แบ่ง ออกเป็น 5 ระดับ²¹ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับต่ำ และ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับต่ำสุด

4) แบบสอบถามปลายเปิดให้นักศึกษาสะท้อนการเรียนรู้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาด้วยการเขียนเล่า และบรรยายถึงความรู้สึกในหัวข้อ ดังนี้ 1) ความรู้สึกที่ได้เรียนรู้โดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ ภาควิชาปฏิบัติ 2) การนำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามาใช้ในการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตนเองเพื่อให้ส่งเสริม

ความสุขในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ และพัฒนาพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างไรบ้าง 3) มีเหตุการณ์ใดที่ประทับใจในการร่วมทำกิจกรรมจิตตปัญญา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลวิจัยเกี่ยวกับจิตตปัญญาศึกษา 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัดประเมินผล ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 และ 0.98 ในส่วนแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล⁵ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67

2. ความเชื่อมั่น

หาความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล⁹ และแบบประเมินพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับนักศึกษาพยาบาล นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน เป็นนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 และ 0.72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสอนโดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา โดยอาจารย์ผู้สอนได้เข้ารับการอบรมการสอนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา จัดโดยวิทยากรจากศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นผู้มีประสบการณ์การสอนโดยใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสอนนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

2. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิและขั้นตอนให้ผู้เข้าร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาวิจัย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาวิจัยไม่มีผลต่อคะแนนในการปฏิบัติ ข้อมูลจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

3. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองทำ กลุ่มทดลองทำก่อนใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา และกลุ่มควบคุมทำก่อนการใช้รูปแบบการสอนปกติ

4. กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา และกลุ่มควบคุมได้รับรูปแบบการสอนปกติ ระยะเวลากลุ่มละ 3 สัปดาห์

5. ก่อนวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติงาน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของสัปดาห์ที่ 3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยซึ่งจากการทดสอบเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ และขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก²² จึงเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเรียนโดยการทดสอบ วิลคอกซอล (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test)

2.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเรียนโดยการ ทดสอบ แมน - วิทนี ยู (The Mann - Whitney U test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 85.71 และ 92.30 ตามลำดับ และอายุของนักศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเท่ากับ 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 71.43 และ ร้อยละ 69.23 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง % (n = 14)	กลุ่มควบคุม % (n = 13)
เพศ		
หญิง	85.71 (12)	92.30 (12)
ชาย	14.29 (2)	7.70 (1)
อายุ (ปี)		
19	28.57 (4)	23.08 (3)
20	71.43 (10)	69.23 (9)
มากกว่า 20	0 (0)	7.69 (1)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเรียน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมก่อนและหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อดูค่ามัธยฐาน (Median) พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขในการเรียนรู้ และ พฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเรียน

คะแนน	Median		p-value
	ก่อนเรียน	หลังเรียน	
ความสุขในการเรียนรู้ (n=14)	2.50	4.50	.001
[ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด]	[2.00-4.00]	[3.00-5.00]	
พฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม (n=14)	3.00	4.50	.001
[ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด]	[2.50-4.00]	[4.00-5.00]	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเรียน พบว่า นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมภายหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อดูค่ามัธยฐาน (Median) พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขในการเรียนรู้ และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเรียน

คะแนน	Median		p-value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	
ความสุขในการเรียนรู้ (n=14)	1.00	4.00	.00
[ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด]	[1.00-3.00]	[3.00-5.00]	
พฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม (n=14)	1.00	4.00	.00
[ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด]	[1.00-3.00]	[2.00-5.00]	

ส่วนที่ 4 การสะท้อนการเรียนรู้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา (คำถามปลายเปิด)

การนำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามาใช้ร่วมกับการเรียนภาคปฏิบัติทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และส่งเสริมให้บรรยากาศการเรียนดีขึ้น กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ช่วยเพิ่มสีสันในการเรียน ช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ผู้สอน และทีมการพยาบาลมากขึ้น ช่วยลดความกดดัน ในเวลาเรียน เนื่องจากการเรียนในรายวิชาฝึกปฏิบัติเป็นวิชาที่ต้องเน้นการฝึกทักษะ อีกทั้งต้องการเตรียมความพร้อมในส่วนของการเขียนแผนการพยาบาลอีกมากมายทำให้รู้สึกกดดันและเครียด เมื่อได้ร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาก็ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และเข้าใจในหลายอย่างมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความสุขในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ

นอกจากนี้ กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษายังช่วยให้นักศึกษาได้ เรียนรู้จักตนเองมากขึ้น นำไปสู่การเข้าใจบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการนักศึกษาบอกว่า “มีความรู้สึกดีมากกว่าเดิมค่ะ หลังจากได้เรียน เพราะได้รู้จักตนเองมากขึ้น มีจุดอ่อนและจุดแข็งอะไรบ้าง นำมาปรับใช้ในการฝึกและพัฒนาตนเองให้มากขึ้นกว่าเดิม กล้าที่จะพูด กล้าที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามา เพราะเป็นคนที่ไม่มั่นใจในตนเอง เป็นการฝึกให้มีความมั่นใจในตนเอง แสดงความคิดเห็นที่อยู่ในกรอบที่ถูกต้อง เรียนรู้แลกเปลี่ยนต่าง ๆ กันมากมาย หรือการกระตุ้นการตอบคำถามของอาจารย์เป็นสิ่งที่ดีมาก ๆ เป็นการฝึกกระบวนการคิดของนักศึกษาได้ดี เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็น เป็นการเสริมสร้างกระบวนการคิดและความมั่นใจได้ดีมากๆ” ซึ่งการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับการฝึกปฏิบัติจะส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ดี

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่กำลังเรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 1 และ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ที่ได้รับกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา มีความสุขในการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น และมีความสุขในการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ จันทวีเมือง²³ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณ ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนการทดลอง และหากพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่า การนำกิจกรรมสุนทรียสนทนาไปใช้ร่วมกับการเรียนในภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาค้นพบว่าความสุขเกิดขึ้นจากภายในเมื่อใจมีสุข กายก็มีสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเส้นทางสู่ห้องเรียนแห่งความสุข โดยผู้สอนต้องเปลี่ยนแปลงตนเองมีวิธีคิดใหม่เกี่ยวกับการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนห้องเรียน บรรยากาศผ่อนคลาย ไม่เครียด สนุก ทุกคนมีส่วนร่วมเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ได้ลงมือทำ และได้สะท้อนคิดทบทวนตนเองอยู่เสมอ อีกทั้งผู้เรียนต้องเปิดใจพร้อมเรียนรู้อย่างมีความสุข รักการเรียน อยากพัฒนาตนเอง และมีแนวคิดของการเรียนรู้ตลอดชีวิต^{5,24} การนำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ขณะที่นักศึกษาพยาบาลที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในครั้งแรกของการเรียนรู้ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความกดดันต่อสภาพจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังกับการให้การพยาบาล กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาจะช่วยให้นักศึกษาผ่อนคลายความกังวล เพิ่มบรรยากาศการเรียนรู้ ที่จะส่งผลในทางบวกกับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่านักศึกษาในกลุ่มที่เรียนรู้ด้วยกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามีความสุขกับการเรียนในภาคฝึกปฏิบัติ โดยการนำกิจกรรม “สุนทรียสนทนา และกิจกรรมศิลปะ” มาจัดร่วมขณะนักศึกษาพยาบาลฝึกในภาคปฏิบัติ นั้น จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้สำรวจตนเอง และทำความรู้จักตนเองมากขึ้น มีสติอยู่กับตนเอง หรือการเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ อีกทั้งการสนทนาอย่างเชื่อมโยง โดยการแขวนลอยข้อสงสัย ข้อคำถามไว้ก่อน ไม่ด่วนสรุปและวิจารณ์การแสดงความคิดเห็นนั้น ๆ เป็นการสร้างบรรยากาศความมั่นคงปลอดภัยให้แก่กัน การวาดรูปของตนเอง จะช่วยให้เกิดการไตร่ตรอง อย่างรู้เท่าทัน สำหรับ “กิจกรรมสัมผัสธรรมชาติ” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองเชื่อมโยงกับผู้อื่น และสรรพสิ่งอย่างลึกซึ้ง สิ่งที่ได้เรียนรู้จะเชื่อมโยงสู่การเปิดใจรับฟัง สังเกต รู้สึก เข้าถึงความคิด อารมณ์ ความต้องการของผู้บริการ ญาติ และสมาชิกทีมสุขภาพ

นอกจากนี้ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มที่ใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามีพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมมากขึ้น และพฤติกรรมพยาบาลแบบองค์รวมมากกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภวิกา ภักษา²⁵ ที่กล่าวไว้ว่า จิตตปัญญาศึกษา เป็นเครื่องมือทางการเรียนรู้อีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้สอนในระดับอุดมศึกษาสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้ได้ทบทวนตนเอง ผู้อื่น รวมถึงการเข้าใจความเชื่อมโยงกันของสรรพสิ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะของความเป็นองค์รวม โดยการจะพัฒนาให้เกิดกระบวนการแบบองค์รวมจะต้องออกแบบการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับแง่มุมต่างๆหลายด้านดังนี้ ประการแรก กระบวนการเรียนรู้จะเน้นการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก ไม่แยกการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองออกจากการเรียนรู้โลก ไม่แยกวิชาออกจากคน ประการที่สอง กระบวนการเรียนรู้ต้องเข้าถึงความจริง ความดี และความงาม มีความเชื่อมโยงกันและกัน จึงจะทำให้เกิดการให้เห็นคุณค่าและความงามของสรรพชีวิต

และเกิดความรู้สึกดีงามขึ้นในจิตใจ ประการที่สาม กระบวนการเรียนรู้ต้องมุ่งเน้นการพัฒนามนุษย์อย่างเป็นองค์รวมทั้งสามฐาน คือ ฐานกาย ฐานใจ และฐานศีลระ (ความคิด) ประการสุดท้าย กระบวนการเรียนรู้จะต้องให้ความสำคัญกับชุมชนการเรียนรู้²⁶⁻²⁸ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำกิจกรรม “กิจกรรมการทำสมาธิ กิจกรรม Check in - out กิจกรรมการฟังอย่างใคร่ครวญ กิจกรรมงล้อสี่ทิศ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จักตนเองและเข้าใจผู้อื่น” มาใช้ร่วมกับการจัดการเรียนสอนในภาคปฏิบัติจะสามารถส่งเสริมความการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล

ดังนั้น พอที่จะกล่าวได้ว่ากิจกรรมจิตปัญญาศึกษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตนเอง ยกกระดับจิตสำนึก เกิดมุมมองและกระบวนทัศน์ใหม่ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งช่วยผู้เรียนเกิดการบ่มเพาะคุณลักษณะเชิงบวกด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรัก ความเมตตา การเกิดปัญญาตื่นรู้ การตระหนักรู้เท่าทัน มีวิจรรย์ญาณเข้าถึงคุณธรรม ความดี ความงาม ความอ่อนน้อม อริสราภาพ การละวางอัตตา ความเปิดกว้าง ความเป็นกลาง จิตสาธารณะ ความสุข ความเบิกบาน ความสงบผ่อนคลาย ความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น การมีสัมพันธภาพที่ดี มีสุขภาพะ ชีวิตที่สมดุล และความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์¹²⁻¹³

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมจิตปัญญาศึกษาช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการเรียนภาคปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์ที่เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลกาวิจัยไปใช้ประโยชน์และการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ด้านการศึกษาควรมีการส่งเสริมให้นำกิจกรรมจิตปัญญาศึกษามาปรับใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคฝึกปฏิบัติ เพื่อความสุขในการเรียนรู้
2. ด้านการบริหารการศึกษาสถานศึกษาควรจัดการเรียนการสอนที่มีการนำกิจกรรมจิตปัญญาศึกษาไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความสุขในการเรียนรู้และการพยาบาลแบบองค์รวม
3. ด้านการวิจัย จากผลการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาสู่การศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดของจิตปัญญาศึกษาที่ส่งเสริมคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. อุไร หัตถกิจ และวาริรัตน์ ถาน้อย. การพยาบาลองค์รวมและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน : การบูรณาการสู่แนวคิดการจัดการศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27:5-17.
2. รัตติกรณ์ จงวิศาล, สมสิทธิ์ อัสตรนธิ และ ไพรินทร์ โชติสกุลรัตน์. สุขภาพแห่งความเป็นมนุษย์: คู่มือการจัดกระบวนการพัฒนาจิตตวิญญาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอเชีย ดิจิตอลการพิมพ์; 2564.
3. กรศศิริ ชิตดี และณัฐพร อุทัยธรรม. กิจกรรมจิตปัญญาศึกษา กลยุทธ์การพัฒนา บุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560;5:106-17.
4. Naropa University. Mindfulness & Contemplative Education [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 13]. Available from: <https://www.naropa.edu/the-naropa-difference/mindfulness-and-comtemplative-education/>

5. บุษกร เสนากุล. สอนนอกกรอบ ครูผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายใน. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2563.
6. ปราณี อ่อนศรี. จิตตปัญญาศึกษา การศึกษาเพื่อการพัฒนามนุษย์ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:7-11.
7. สมสิทธิ์ อัสตรนีย์. การแสวงหาความรู้แบบจิตตปัญญาศึกษา.วี.พรีนธ์ (1996); 2556.
8. วิจารณ์ พานิช. เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง Transformative Learning. ม.ป.ท.: เอส.อาร์.พรีนติ้ง แมสโปรดักส์; 2558.
9. ปิยพงศ์ สอนลบ. ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563;27:41-53.
10. สุนิดา ชูแสง. กระบวนทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างความสามารถใน การบริการด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน (กลุ่มหลักสูตรและการนิเทศ) แบบ 2.1 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
11. นฤมล อนเนกวิทย์. การพัฒนาหลักสูตรจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
12. วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง. การใช้นวัตกรรมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาในนักศึกษาแพทย์ สำหรับ รายวิชาสุขภาวะกายและจิต. Tracks & Trends in Healthcare ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 30 ระหว่าง 6-8 สิงหาคม 2557. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
13. ชลลดา ทองทวี, จิรัฐกาล พงศ์ภคเชียร, ธีระพล เต็มอุดม, พงษธร ตันติฤทธิศักดิ์, สรยุทธ รัตนพจนารถ, พิจนีย์ สุทธิรัตน์. จิตตปัญญาศึกษา : การสำรวจและสังเคราะห์ความรู้จิตตปัญญาศึกษาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยและจัดการความรู้ จิตตปัญญาศึกษา ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
14. กล้วยไม้ ธิพรพรรณ, นงลักษณ์ แก้วศรีบุตร, จารุสรณ ศิลา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงาน วิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น: ขอนแก่น; 2552.
15. ธนา นิลชัยโกวิทย์, อติสร จันทรสข. ศิลปะการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง : คู่มือกระบวนการจิตตปัญญา. พิมพ์ครั้งที่ 2. วี. พรีนธ์ (1996); 2559.
16. Miller J. Contemplative education. Journal of Transformative Education 2015;14:1-9. doi:10.1177/1541344615608465
17. The Center for Contemplative Mind in Society. The activist's ally contemplative tools for social change [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 13]. Available from: www.contemplativemind.org
18. The Center for Contemplative Mind in Society. The Tree of Contemplative Practices [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 13]. Available from: <https://www.contemplativemind.org/practices/tree>
19. ธวัชชัย วรพงศธร, สุริย์พันธุ์ วงพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี 2558;41:10-21.

20. Omir, A. Sample size estimation and sampling techniques for selecting a representative sample. *Journal of Health Specialties* 2014;2:142-6.
21. ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
22. ศุภามณ จันทรสกุล, สุชาดา บวรกิตวงศ์. สถิตินอนพาราเมตริกและการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2560;11:38-48.
23. วรวรรณ จันทวีเมือง. ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
24. สมสิทธิ์ อัสตรนีย์, กาญจนา ภูครองนาค. การศึกษาวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตามแนวจิตตปัญญาศึกษาเพื่อการบ่มเพาะความซื่อตรง. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการธิการการศาสนา คุณธรรมจริยธรรม ศิลปะ และวัฒนธรรมมุขมณฑล และศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
25. ภวิกา ภักษา. จิตตปัญญาศึกษา: การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 2563;14:7-18.
26. เมธินี วงศ์วินิช รัมภากาภรณ์. แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรภิضانกราฟฟิค; 2562.
27. พินทุสร ติวตานนท์. องค์กรร่วมอันแผ่เงา การเดินทางสู่ชีวิตที่ไม่แบ่งแยก. ม.ป.ท: สวนเงินมีมา; 2560.
28. ละมัด เลิศล้ำ, ชนิตา ธนสารสุธี. การจัดการเรียนตามแนวจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) เพื่อพัฒนาการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์: นครสวรรค์*; 2557.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของนักศึกษาพยาบาล

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ Ph.D. (Nursing)^{1*}

สุพัตรา บัวที Ph.D. (Nursing)²

ปานเพชร สกฤค พย.ม.¹

รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ พย.ม.¹

รจนา วรวิทย์สร้างกร พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลมีความสำคัญกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จังหวัดอุตรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 แบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 138 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของฟรอมเมลท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\bar{X} = 100.49$, S.D. = 8.61) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ พลังสุขภาพจิต โดยพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.21$, $p < 0.05$) ในขณะที่ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r_s = 0.16$, $p > 0.05$) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีรูปแบบการเรียนการสอนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพลังสุขภาพจิตที่ดีอันเป็นการช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: ทัศนคติ ความรู้ พลังสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author e-mail: sp8hd@bcnu.ac.th

วันที่รับ (received) 19 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 เม.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 เม.ย. 2565

Factors Related to Attitudes toward End-of-Life Care among Nursing Students

Suparat Phisaiphanth Ph.D. (Nursing)^{1*}

Supatra Buatee Ph.D. (Nursing)²

Panphet Sakulkoo M.N.S.¹

Runghana Prayoonsirisak M.N.S.¹

Rojana Warawitsaranggoon M.N.S.¹

Abstract

Nursing students' attitudes toward end-of-life care is important for the quality of end-of-life care provided to terminally ill patients and their family members. This correlational research aimed to study attitudes toward end-of-life care and to investigate factors related to attitudes toward end-of-life care among nursing students at Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Udonthani Province. A simple random sampling was used to select 138 senior nursing students. Data were collected by using the Demographic Questionnaire, the Palliative Care Quiz for Nursing, the Resilience Quotient Test, and the Frommelt Attitude toward Care of the Dying. The data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients of significance statistic at the 0.05 level. Results showed that nursing students had positive attitudes toward end-of-life care ($\bar{X}$ = 100.49, S.D. = 8.61). Factors related to attitudes toward end-of-life care was resilience. The relationship between resilience and attitudes toward end-of-life care was slightly positive (r_s = .26, $p < 0.01$). There was no statistically significant relationship between knowledge about end-of-life care and attitudes toward end-of-life care (r_s = 0.16, $p > 0.05$). This study recommends that resilience should be integrated into learning plan to enhance positive attitude towards end-of-life care among nursing students.

Keywords: attitudes, knowledge, resilience, end-of-life care, nursing students

¹ Lecture, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Assist. prof, RN, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* Corresponding author e-mail: sp8hd@bcnu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายหมายถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ มีอาการของโรคทรุดลงเรื่อย ๆ และสามารถคาดคะเนการพยากรณ์โรคหรือระยะเวลาที่จะเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาหลายเดือนหรือน้อยกว่า¹ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้ทำได้เพียงพองอาการหรือให้การดูแลแบบประคับประคองอาการผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในระยะคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต² การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นเหตุการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงาน สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลแก่นักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกหมดหนทางและทำอะไรไม่ถูก³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด หรือนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นครั้งแรก ยังไม่พร้อมที่จะเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเป็นอันมาก⁴ เนื่องจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์การเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนของการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการการดูแลทั้งมิติของร่างกาย จิตใจ สังคมหรือจิตวิญญาณเกือบตลอดเวลา⁵ ความพร้อมด้านจิตใจของนักศึกษาพยาบาลมุมมองหรือทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและความรู้สึกด้านลบในจิตใจของนักศึกษาและช่วยให้นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเข้าใจและเต็มใจ

การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ การมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะทำให้นักศึกษามีความรู้สึกลึกซึ้ง รับรู้สมรรถนะของตนในการให้การดูแลแบบประคับประคอง⁶ และสามารถให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ในขณะที่ทัศนคติเชิงลบจะส่งผลต่อบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษาและวิชาชีพการพยาบาล⁸ เนื่องจากความรู้สึกลึกซึ้งด้านลบ เช่น ความรู้สึกลำบากใจ คับข้องใจ จะทำให้นักศึกษาหลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย³ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวลดลง และทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดลง⁸ นอกจากนี้ทัศนคติทางลบยังส่งผลกระทบต่อความตั้งใจของนักศึกษาพยาบาลในการที่จะคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป⁹ โดยผลการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า นักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{6,9-11} ในขณะที่บางการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁸ และบางการศึกษากลับพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่นักศึกษาพยาบาล มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไวยังไม่สามารถสรุปได้ ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ทำให้ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลพบว่ามีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹³ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁶ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง^{6,13} ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ

ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและพลังสุขภาพจิต โดยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติที่เพียงพอจะพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดความมั่นใจเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรับรู้สมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณในอนาคต ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁶ ถึงแม้การศึกษาจำนวนมากที่ผ่านมาพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล^{6,10} แต่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจนเนื่องจากมีบางการศึกษาที่พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁸ จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์อย่างไรกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านพลังสุขภาพจิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค ความยากลำบากหรือ ภาวะวิกฤติในชีวิต จนสามารถยกระดับความคิดและจิตใจของบุคคลให้สามารถดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น¹⁴ เมื่อนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยกำลังใกล้จะเสียชีวิต ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่บีบคั้นจิตใจ พลังสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลก้าวข้ามความกลัว ความวิตกกังวลและความรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Helplessness) ซึ่งมีผลทำให้นักศึกษาเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อความตาย การศึกษาพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลพบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวกต่อความตายและการศึกษาเกี่ยวกับความตาย ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความตายจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในเชิงบวก¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี เป็นสถาบันศึกษาทางการพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก คณะพยาบาลศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการผลิตบัณฑิตพยาบาล ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา พร้อมทั้งจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งทางกายหรือจิตใจ วิทยาลัยพยาบาลได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ทราบถึงมุมมองความคิดหรือทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้แนวคิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (Elaborated Likelihood Model: ELM)¹⁶ ที่กล่าวถึงการใช้เหตุผล อารมณ์และความรู้สึกมาเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เพื่อให้สามารถเข้าใจในปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของนักศึกษาต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างถ่องแท้ อันจะเป็นแนวทางการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถเผชิญ

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจ เห็นใจ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเป็นองค์รวม (Holistic nursing) ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

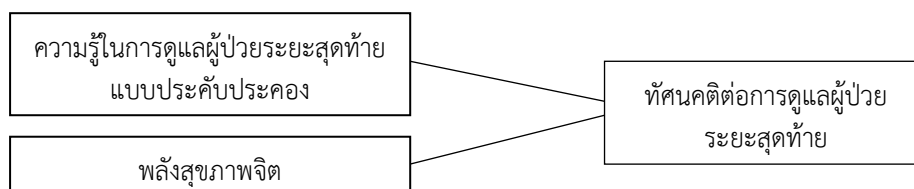
1. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (Elaborated Likelihood Model: ELM)¹⁶ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ 2 ทาง คือ เส้นทางหลัก (Central route) เป็นทางที่ต้องใช้กระบวนการทางความคิดสูง ใช้เหตุผลและผลเป็นหลัก และต้องการข้อมูลมาก และเส้นทางรอง (Peripheral route) เป็นทางที่เน้นใช้อารมณ์และความรู้สึก ในการประมวลผลข้อมูลและมีการใช้ความคิดน้อยกว่าเส้นทางหลัก ซึ่งในการศึกษานี้ได้เสนอตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นปัจจัยเส้นทางหลัก และตัวแปรพลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยเส้นทางรองมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ ดังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์ (Correlational study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 187 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่กำลังศึกษาอยู่ระหว่างเดือนเมษายน 2565 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁷ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80

ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าอิทธิพลที่ได้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่ามีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.23⁶ และทำการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 138 ราย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีความยินดีที่จะร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลาป่วยหรือลาจก ในช่วงเวลาดังกล่าว หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ใ้รับรองเลขที่ 300/04/2565 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ ยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและการวัดประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมจากการเรียนในชั้นเรียน และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของฟรอมเมลท์ (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying, FATCOD)¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทวัน สมนาศักดิ์ และคณะ¹⁹ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 ข้อ และ ด้านทัศนคติต่อการดูแลญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 15 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 - 5 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในข้อคำถามทางบวก ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมที่ได้มีค่าระหว่าง 30 - 150 คะแนน การแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน แสดงถึงทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคะแนนระหว่าง 51-75 คะแนน แสดงถึงทัศนคติเป็นกลาง ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 76 คะแนน แสดงถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²⁰

3) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (The Palliative Care Quiz for Nursing, PCQN) ของโรสและคณะ²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยนันทวัน สมนาศักดิ์ และคณะ¹⁹ ลักษณะแบบวัดเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านปรัชญาและหลักการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบาย จำนวน 13 ข้อ และ 3) ด้านการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็น 3 ตัวเลือก มีเกณฑ์

การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบคำตอบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้มีค่าระหว่าง 0 - 20 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยคะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน แสดงถึงความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่ดี และคะแนนระหว่าง 10 - 14 คะแนน แสดงถึงความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองปานกลาง และคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 15 คะแนน แสดงถึงความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองดี⁸

4) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient test) ของกรมสุขภาพจิต¹⁴ ใช้ประเมินความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1 - 10) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 11 - 15) และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 16 - 20) รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจาก 1 - 4 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในข้อคำถามทางบวก ดังนี้ ไม่จริง ได้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง ได้ 2 คะแนนค่อนข้างจริง ได้ 3 คะแนน และ จริงมาก ได้ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ได้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ค่อนข้างจริง ได้ 2 คะแนน และ จริงมาก ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมที่ได้มีค่าระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตที่ได้ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 55 คะแนนหมายถึง พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนนระหว่าง 55 - 69 หมายถึง พลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนนมากกว่า 69 หมายถึง พลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.67 - 1.00 ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของฟรอมเมลท์ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.71 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบประเมินพลังสุขภาพจิตโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับ 0.74 และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 0.68 ทั้งนี้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) น้อยกว่าเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ คือ 0.70²² อย่างไรก็ตามเครื่องมือดังกล่าวถือว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานถูกนำมาใช้ในหลากหลายกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยมีค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินอยู่ที่ 0.85²³⁻²⁴ จึงนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหลังตกลงเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความคิดเห็นของตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 25 - 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พลังสุขภาพจิต และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และพลังสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นข้อมูลระดับช่วง (Interval scale) กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling) การกระจายของข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal Distribution) โดยพิจารณาจากผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov of normality มีค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบเท่ากับ .000 และ .006 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าค่านัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05 ($\alpha < 0.05$) ทั้งสองตัวแปร ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients)²⁵ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.10 - 0.39 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.40 - 0.69 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.70 - 0.89 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง และค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.90 - 1.00 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก²⁶

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.48) มีอายุระหว่าง 21-36 ปี และมีอายุเฉลี่ย 22.55 ปี ($\bar{X} = 22.55$, S.D. = 1.83) กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00) และบางส่วนเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.70) โดยกลุ่มตัวอย่างเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 97.11) กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100.00) และเคยศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเรียนในชั้นเรียน (ร้อยละ 88.41) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องการจัดการ

ความปวดและอาการทุกข์ทรมานมากที่สุด (ร้อยละ 77.54) รองลงมาได้แก่ การสื่อสารและการให้การปรึกษา (ร้อยละ 57.25) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 44.93) การดูแลภาวะเศร้าโศก การสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต (ร้อยละ 44.20) การดูแลในระยะใกล้ตาย (ร้อยละ 25.36) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี (ร้อยละ 24.64) และการประสานร่วมทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 18.84) ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเคยมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต (ร้อยละ 52.90)

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ระหว่าง 7 - 20 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.70 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเท่ากับ 13.53 คะแนน ($\bar{X} = 13.53$, S.D. = 2.53) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตอยู่ระหว่าง 42 - 78 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 60.00) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 65.22 คะแนน ($\bar{X} = 65.22$, S.D. = 6.20) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 78 - 123 คะแนน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับ 100.49 คะแนน ($\bar{X} = 100.49$, S.D. = 8.61) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

ตัวแปร	ค่าปกติ	Min-Max	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	0-20	7-20	81	58.70	13.53	2.53	ปานกลาง
พลังสุขภาพจิต	20-80	42-78	90	60.00	65.22	6.20	ปกติ
ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	30-150	78-123	138	100.00	100.49	8.61	เชิงบวก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.16$, $p > 0.05$) และปัจจัยด้านพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.21$, $p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัย	ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
	(r _s)	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	.16	.060
พลังสุขภาพจิต	.21	.016*

*p< .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะตามประเด็นข้อค้นพบดังนี้

1. ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁰⁻¹¹ อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่เคยศึกษาเกี่ยวกับหัวข้อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่และวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100.00) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมจากการเรียนในชั้นเรียน (ร้อยละ 88.41) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาเกี่ยวกับความตาย และผู้ป่วยเสียชีวิตจะมีทัศนคติต่อความตายไปในทิศทางบวกมากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว¹⁵ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนในการศึกษารั้งนี้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00) และบางรายเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.70) ประกอบกับเคยมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต (ร้อยละ 52.90) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เกิดความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งช่วยพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการฝึกปฏิบัติมักจะมีทัศนคติทางบวกต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย¹² นอกจากนี้ การที่ได้มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะฝึกปฏิบัติงานยังส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการยอมรับต่อความตายหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น²⁸ และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของเอล่าและคณะ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลในประเทศอินโดนีเซีย มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่มีการบรรจุเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน¹³

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับปานกลางและทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 77.54) การสื่อสารและการให้การปรึกษา (ร้อยละ 57.25) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ 44.93) และการดูแลภาวะเศร้าโศกการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต (ร้อยละ 44.20) ซึ่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.16, p > 0.05$) แสดงถึงการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการศึกษาของเนपाल การบูจาและเนपालก็พบว่าความรู้ในการให้การดูแลแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเช่นกัน²⁹ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาที่ส่วนใหญ่พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล^{9,15} ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการที่ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลในการศึกษานี้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาคทฤษฎี 1-2 ชั่วโมงในวิชาการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเบิร์นสันและคณะ⁹ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเบื้องต้นตั้งแต่เมื่อศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาคการศึกษาที่ 2 และ 4 ได้ศึกษาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอาการเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งจัดการเรียนการสอนโดยการสัมมนาและการกระตุ้นให้นักศึกษาเขียนบันทึกสะท้อนคิดเนื้อหาที่ได้ศึกษาแล้วเรียนระหว่างหลักสูตรทำให้เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เพิ่มมากขึ้นและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งๆที่ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00) และบางส่วนเคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.70) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการให้การดูแลบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต (ร้อยละ 52.90) จากประสบการณ์ดังกล่าวจึงทำให้เกิดทัศนคติที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของซีและคณะที่พบว่าประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล³⁰

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตในระดับปกติและทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.21, p < 0.05$) สอดคล้องกับ

สมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าเนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่ร้ายแรงกระทบกระเทือนจิตใจ³² จนสามารถยกระดับความคิดและจิตใจของตนเอง¹⁵ ปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนตลอดจนมุมมองของตนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกและมีทัศนคติที่ดี ซึ่งการที่พลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปในทิศทางเดียวกันนั้นอาจเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชั้นเรียน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมจากการเรียนในชั้นเรียน (ร้อยละ 88.41) เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 100.00) และมีประสบการณ์การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 52.90) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและเกิดการยอมรับต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้ศึกษาหรือไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถที่จะก้าวข้ามปัญหาและมองการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปในทิศทางบวกส่งผลทำให้พลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของคิมที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้เรียนเกี่ยวกับความตายมักจะมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁵ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลที่พบในการศึกษาคั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าอาจจะมีตัวแปรอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับมุมมองทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกเหนือจากพลังสุขภาพจิต เช่น การศึกษาความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับความตาย ความพึงพอใจในชีวิต และสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) ของนักศึกษาพยาบาล¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรจัดให้มีการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลจะได้ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เมื่อนักศึกษาต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขณะฝึกภาคปฏิบัติ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติและอาจารย์พี่เลี้ยงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการชี้แนะ ช่วยเหลือและให้กำลังใจนักศึกษาเพื่อช่วยเสริมให้นักศึกษาได้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล เช่น ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะหอผู้ป่วย รูปแบบการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา บทบาทของอาจารย์ผู้สอน เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบผสมวิธี โดยมีการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกซึ่งจะทำให้ทราบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจน และมีรายละเอียดมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย ทำให้ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom management* 2014;47:77-89.
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
3. Wang Y. Nursing students’ experiences of caring for dying patients and their families: a systematic review and meta-synthesis. *Frontiers of Nursing*. 2019;6:261-72.
4. Muñoz-Pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Invest Educ Enferm* 2014;32:87-96.
5. Zhu S, Zhu H, Zhang X, Liu K, Chen Z, Yang X, et al. Care needs of dying patients and their family caregivers in hospice and palliative care in mainland China: A meta-synthesis of qualitative and quantitative studies. *BMJ Open* 2021;11:e051717. doi:10.1136/bmjopen-2021-051717
6. อิสริยา รักเสนาะ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561;19(ฉบับพิเศษ):242-50.
7. ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, เพ็ญศรี ทองเพชร. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561;19(ฉบับพิเศษ):412-22.
8. El-Saman SEA. Undergraduate critical care nursing students’ knowledge and attitudes toward caring of dying patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2017;6:31-40.
9. Berndtsson IEK, Karlsson MG, Rejnö ÅCU. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre- and post-palliative course study. *Heliyon* 2019;5:e02578. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02578

10. Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christou M, Sgourou S, Patiraki E. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: a three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today* 2019;74:7-14.
11. Zahran Z, Hamdan KM, HamdanMansour AM, Allari RS, Alzayyat AA, & Shaheen AM. Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. *Nursing Open* 2022;9:614-23.
12. A'la MZ, Setioputro B, Kurniawan DE. Nursing students' attitudes towards caring for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing* 2018;8:25-34.
13. Laporte P, Juvet T, Desbiens J-F, Tapp D, Pasquier J, Bornet M-A. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland: A cross sectional study. *BMJ Open* 2020;10:e037553.
doi:10.1136/bmjopen-2020-037553
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลัสสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2563.
15. Kim J. Nursing students' relationships among resilience, life satisfaction, psychological well-being, and attitude to death. *Korean J Med Educ.* 2019;31:251-60.
doi:10.3946/kjme.2019.135
16. Petty RE, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In: Petty RE, & Cacioppo JT, editor. *Communication and persuasion*. Springer Series in Social Psychology. New York: Springer NY; 1986.
17. Faul F, Erdfelder E, Buchner AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149–60.
18. Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 1991;8:37-43.
19. นันทวัน สมนาศักดิ์, จุฑารัตน์ มีสุขโข, อุษณีย์ จินตะเวช. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้กระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร* 2559;43:82-92.
20. Fatin A, & Tayyem A. Staff nurses' knowledge and attitude toward the concept of palliative care. *Hos Pal Med Int Jnl.* 2020;4:27-32.
21. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs* 1996;23:126-37.
22. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ* 2018;48:1273-96.
23. เครือวัลย์ ศรียารัตน์, วิณา เจียบนา. ความสัมพันธ์ระหว่างพลัสสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558;29:76-92.

24. เทียนทอง ทาระบุตร, ชูติมา ปัญญาพินิจนุกร, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พัชรา สมเชื้อ, นิรมัย คุ่มรักษา, ดารุณี งามขำ. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตวารสารเกษมบัณฑิต 2562;20:68-80.
25. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th Edition. New York: Pearson; 2010.
26. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. Anesth Analg 2018;126:1763-8.
27. Park YS, Kim JH. Influence of attitude to death and resilience on terminal care attitude among Korean nursing students. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education 2017;23:37-47.
28. Lee HJ. A study on the nursing students attitude toward death and perception on hospice care. J East West Nurs Res. 2013;19:88-95.
29. Nepal P, Garbujia CK, Nepal M. Clinical nurses' knowledge and attitude on palliative care: A cross-sectional study. Journal of Lumbini Medical College 2021;9:38-44.
30. Shi H, Shan B, Zhang J, Peng W, Zhang Y, Zhou X, et al. Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China A cross-sectional study. Medicine 2019;98:45(e17683).
31. Ozga D, Woźniak K, Gurowiec PJ. Difficulties perceived by icu nurses providing end-of-life care: a qualitative study. Glob Adv Health Med. 2020;9:1-8. doi:10.1177/2164956120916176
32. American Psychological Association. The road to resilience [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 25]. Available from: https://www.uis.edu/counselingcenter/wp-content/uploads/sites/87/2013/04/the_road_to_resilience.pdf

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
 2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
 3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
 4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

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

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่เกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.2.8 ผลการวิจัย
- 2.2.9 การอภิปรายผล
- 2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมา อ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมใน กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมี วิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อ ผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลัง ข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็น ฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และ จัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของ การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับ ตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จเรประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณีย์ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนัต พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อนายราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุลาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชัมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

13. พันธุ์ชา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี];ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โจรนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแนวคูเวอริในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ
จิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรีย์ ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง	โทรศัพท์ 087-863-3441
อ.ชนกร แก้วมณี	โทรศัพท์ 081-064-3536
อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว	โทรศัพท์ 088-549-9225
อ.พนัชญา ชันติจิตร	โทรศัพท์ 088-377-8383
อ.จิณวัตร จันครา	โทรศัพท์ 098-569-9858
อ.ทัตถณ พลไชย	โทรศัพท์ 088-133-2803

เลขานุการ

นางสาวสิรภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709
E-mail: journal.bcns@gmail.com

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
 2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
 3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
 4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun ขนาด 15 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 18 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 14 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพถ่ายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.2.8 ผลการวิจัย
- 2.2.9 การอภิปรายผล
- 2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมา อ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมใน กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมี วิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อ ผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลัง ข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็น ฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และ จัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของ การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับ ตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จเรประพาฬ, พรธนิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณีย์ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนัต พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุลาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

13. พนัชญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี];ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ
จิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง	โทรศัพท์ 087-863-3441
อ.ชนกร แก้วมณี	โทรศัพท์ 081-064-3536
อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว	โทรศัพท์ 088-549-9225
อ.พนัชญา ชันติจิตร	โทรศัพท์ 088-377-8383
อ.จิณวัตร จันครา	โทรศัพท์ 098-569-9858
อ.ทัศน พลไชย	โทรศัพท์ 088-133-2803

ผู้ปฏิบัติงานวารสาร

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal@bcnsp.ac.th หรือ journal.bcns@gmail.com