

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI



ISSN 1906-6813

ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562

VOL. 9 NO. 1 JANUARY - JUNE 2019

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ภาสินี ไทอินทร์, อัญชลี สารรัตน์ และปณิดา ญวนกระโทก

ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะติดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ศุภรัฐ พูนกล้า และสุชสิน เอกา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร

พงศยา ตราชูณิตย์, ทวีศักดิ์ กลีผล และจริยาวัตร คมพยัคฆ์

ผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

จิตรวี เล็กอุดการ

ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และกนกพร นทีธนสมบัติ

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2560-2564

วรณัฐ ทศบุตร และอรณัฐ ประดับทอง

บทความวิชาการ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม

จันทร์มาศ เสาวรส



ราชภัฏสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณภา พรหมศวร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุษฎ์ ทูลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผศ.ดร.สังวรรณ ังดกระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 5. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจริญนัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รศ.ดร.พัชรินทร์ นิธิจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 9. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 10. นพ.จะเด็จ ดียิ่ง | โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 11. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 12. อาจารย์อุทัยวรรณ สุกิมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |

ฝ่ายจัดการ

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| คุณสุณิสา สำเร็จดี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| คุณอรทัย รัตนโชติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| คุณดารณี บุญอุ่น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |

กำหนดออกวารสาร : ฉบับที่ 1 ของปี มกราคม - มิถุนายน ฉบับที่ 2 ของปี กรกฎาคม - ธันวาคม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ ส พันธุ์เพ็ญ 552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วัตถุประสงค์ :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี
สมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจ
ทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของ
นักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
เป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต : สาระในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความ
วิชาการ และบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก : 350 บาท / ปี

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ ส พันธุ์เพ็ญ
552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000
โทรศัพท์ 0-4451-1810, 0-4452-0899 โทรสาร 0-4452-0217
E-mail: spp2011sr@hotmail.com, <http://www.โรงพิมพ์สุรินทร์.com>

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562 ISSN 1906-6813

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา	ผูกพันซ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กล้าเผชญ	โชคบำรุง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์	พูลทวี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ดร.ศรัญญา	จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ดร.สมชาย	ชัยจันทร์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ดร.เสาวนีย์	ทรงประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. ดร.ธวัชชัย	สหพงษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
8. ดร.สุดคณิง	ฤทธิ์ถ้าย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
9. ดร.เยาวลักษณ์	มีบุญมาก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
10. ดร.วิไลพร	รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
11. ดร.ทักษิภา	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
12. ดร.นุสรา	ประเสริฐสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
13. ดร.สุพิตรา	เศลวัตนะกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
14. ดร.คมวัฒน์	รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
15. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2562)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้ เป็นฉบับแรกของปี พ.ศ. 2562 ซึ่งในปีนี้เป็นปีที่ประชาชนชาวไทยได้ร่วมบันทึกประวัติศาสตร์พระราชพิธีบรมราชาภิเษกพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งราชวงศ์จักรี ที่ได้มีการประกอบพระราชพิธีอย่างสมบูรณ์ตามโบราณราชประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติสืบมา เมื่อวันที่ 2-6 พฤษภาคม 2562 ถือเป็นพระราชพิธีครั้งประวัติศาสตร์ และต้องจารึกไว้ในหัวใจของคนไทยทุกคนที่มีโอกาสได้เห็นพิธีการอันสมพระเกียรติและเป็นมหามงคลยิ่งของแผ่นดินไทย

สำหรับสาระในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 นี้ บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลาย และได้รับการพิจารณากลั่นกรองเพื่อลงตีพิมพ์ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ อย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ สำหรับเนื้อหาบทความในฉบับแรกของปี 2562 มีดังนี้

บทความวิจัย จำนวน 7 ชื่อเรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ความรู้ทางโภชนาการที่สอดคล้องกับความต้องการอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประสิทธิภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2560-2564

บทความวิชาการ จำนวน 1 ชื่อเรื่อง คือบทความเรื่องภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม

ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ ที่สนใจในการอ่านและส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขา ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์ และขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่สนับสนุนการดำเนินงานวารสาร

ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ
บรรณาธิการ

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2562)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562

สารบัญ	หน้า
บทความวิจัย	
● การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริม ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ภาสินี ไทอินทร์ อัญชลี สารรัตน์ และปนัดดา ญวนกระโทก	1
● ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ	18
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ศุภรัฐ พูนกล้า และสุชนิ เอกา	30
● ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร พงศยา ตราชูนิธย์ ทวีศักดิ์ กสิผล และจริยาวัตร คมพัยค์	46
● ผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จิตรวี เล็กอุดากร	60
● ประสิทธิภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง สุริยา ฟองเกิด กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และกนกพร นทีธสมบัติ	69
● การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศูนย์สุขภาพสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2560-2564 วรณัฐ ทศบุตร และอรณัฐ ประดับทอง	90
บทความวิชาการ	
● ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม จันทร์มาศ เสาวรส	99
คำแนะนำในการตีพิมพ์	110

การพัฒนาแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริม ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ภาลีนี โทอินทร์, พย.ม.*

อัญชลี สารรัตน์, ค.ค.** ปณิตดา ญวนกระโทก, ป.ค.***

Received : July 6, 2018

Revised : August 28, 2018

Accepted : August 30, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การพัฒนาแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลและ 2) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการสอนกับนักศึกษาพยาบาล แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท (Contextual Study) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลประกอบด้วย 2 ขั้นตอน (1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมรูปแบบและเครื่องมือ ระยะที่ 2 ทดลองใช้และศึกษาผลการใช้รูปแบบการสอนกับกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 จำนวน 24 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) การศึกษาผลของรูปแบบใช้วิธีการวิจัยแบบ (Pre-experimental design) โดยศึกษากลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ใช้ศึกษาเฉพาะกรณีให้การทดลองหนึ่งครั้ง (One-shot case study) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา จำนวน 5 แผน ใช้เวลา 10 ชั่วโมง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติ ได้แก่ แบบทดสอบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียนโดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1) การศึกษาบริบท (Contextual study) ในการพัฒนาแบบการเรียนการสอน ได้แก่ โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เทคนิคและวิธีการสอนที่ใช้ร่วมกับรูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

2) รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ (1) หลักการของรูปแบบ (2) วัตถุประสงค์ (3) กิจกรรมการเรียนการสอนมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน : OPMA model คือ ขั้นปฐมนิเทศ (Orientation) ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นกำกับตนเอง (Monitoring) ขั้นประเมินตนเอง (Assessment) และ (4) การประเมินผล โดยวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ผลการประเมินพบว่ารูปแบบการเรียนการสอนมีความเหมาะสมในระดับมาก ในขณะที่ผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอน พบว่า 1) นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเรียน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 2) นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเรียน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 3) นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนการสอน การแก้ปัญหาทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* นักศึกษาระดับการศึกษาชั้นบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการเรียนการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail : pasinee.thoin@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Development of Mental Health and Psychiatric Nursing Practicum Instructional Model to Enhance Problem-Solving Skill of Nursing Students

Pasinee Thoin, M.N.S.^{*}

Unchalee Sanrattana, Ph.D.^{**}

Panadda Yuankrathok, Ph.D.^{***}

Abstract

The purposes of this study were 1) to develop of mental health and psychiatric nursing practicum instruction model to enhance problem solving skills of nursing students and 2) to evaluate the quality of the learning model. This research was divided into 2 phases. Phase I, the component of 1) contextual study and synthesize the draft e instruction model, it consisted of survey research and documentary to be instruction model 2) focus group; constructing and testing the efficacy of the instructional model; Phase 2: studying the results from the pre-experimental instructional model, with a sample of 24 nursing students; They were selected by Purposive Sampling. The design of this study pre-experiment design study with only one experimental group measuring the problem solving ability and learning achievement by one-shot case study. There were 2 kinds of instruments used in this study: 1) 5 Knowledge Management Plans, teaching session for 10 hours, and 2) evaluation tool which included the problem solving ability scale and learning achievement test. Statistic used for data analysis were mean, standard deviation and one sample t-test. The results showed the components of the instruction model consisted of (1) principles, (2) objective, (3) instructional procedure, and (4) evaluation. While the instructional procedure focused on 4 steps called the “OPMA Model” ; (1) Orientation, (2) Planning, (3) Monitoring, and (4) Assessment and evaluation. In addition, the efficiency of the instructional model consist of (1) Problem – solving abilities of nursing students after being taught by the instructional model were higher than the pre-test. Seventy-five percentage of the sample passed the criteria of 60 percentage of learning achievement. (2) Knowledge of test abilities were higher than the pre-test. Eighty - three percent of the twenty samples pass the criteria of 60 percent of test. (3) The experiment group had significant difference in average of problem solving skill examination and it was higher than the pre-test ($p = 0.05$). (4) The experiment group had significant difference in average of test and it was higher than the pre-test ($p = 0.01$).

Keywords: Instruction Model, Problem-Solving Skill, Nursing Students

^{*} Ph.D. Candidate in Curriculum and Instruction, Faculty of Education, Khonkaen University.

^{**} Associate Professor, Faculty of Education, Khonkaen University.

^{***} Assistant Professor, Faculty of Education, Khonkaen University.

บทนำ

สถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่หลักในการผลิตบัณฑิตให้ได้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติ 6 ด้านคือ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีและ 6) ด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยเฉพาะในสาขาพยาบาลศาสตร์ ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตที่จะสะท้อนความเฉพาะความเป็นวิชาชีพพยาบาลของบัณฑิตแต่ละสถาบันตามที่กำหนด และจากการปฏิรูประบบการศึกษาที่เน้นการปรับปรุงหลักสูตรและปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดสมรรถนะในวิชาชีพของตนจึงเป็นส่วนสำคัญให้ทุกสถาบันการศึกษามีการตื่นตัวและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนของตนให้สอดคล้องกับความต้องการทางสังคม มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ (ศุภวดี แก้วเพี้ยและคณะ, 2557)

หลักการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันต้องเป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 จากหมวดที่ 4 มาตรา 24 ว่าด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ ให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียนโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็นและทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ พิจารณาไตร่ตรองหาเหตุผล ซึ่งการคิดวิเคราะห์เป็นคุณสมบัติที่สำคัญต่อความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลที่จำเป็นต้องมีการตัดสินใจเฉพาะหน้า การแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะพยาบาลต้องแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรู้จักวิธีการแก้ปัญหา มีความเข้าใจถึงขั้นตอนของการแก้ปัญหาและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง การสอนนักศึกษาพยาบาลในเรื่องของกระบวนการพยาบาลและนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเตรียมสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาโดย Cinar, Sozeri & Cevahir et al (2010) และตรุณี รุจกรกานต์ (2557) ศึกษาสถานการณ์การจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย พบว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีทั้งของรัฐและเอกชน จำนวน 83 สถาบัน ซึ่งมีการผลิตนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2559 จำนวน 9,485 คน ในจำนวนนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 โดยจัดหลักสูตรตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พบว่า สถานศึกษาที่จัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มีความตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นยุคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา นั้น ประกอบด้วยทักษะใหญ่ 3 ทักษะ (3Rs) (8Cs) 3Rs ประกอบด้วย Reading (อ่านออก) Writing (เขียนได้) Arithmetic (คิดเลขเป็น) 8C ประกอบด้วย Critical Thinking & Problem Solving (ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา) Creative & Innovation (ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม) Cross-cultural Understanding (ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์) Collaboration & Teamwork & Leadership (ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ) Communications, Information & Media Literacy (ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ) Computing (ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร) Career & Change (ทักษะ

อาชีพ และทักษะการเรียนรู้) สถาบันการศึกษาพยาบาลมากกว่าครึ่งมีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย อาจารย์ผู้สอนมีการปรับการเรียนการสอนที่ทันสมัยสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนให้ได้บัณฑิตที่พึงประสงค์จากการประเมินของเครือข่ายกลุ่มสถาบันสาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านทักษะทางปัญญา ควรได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะทักษะการคิดแก้ปัญหาทางการพยาบาล (Problem-Solving) เป็นคุณสมบัติที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การแก้ปัญหาจะเป็นไปอย่างมีระบบและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการการจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญที่ต้องเตรียมบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางคลินิกและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ (Aronson, Rosa, Anfinson, & Light, 1997) สอดคล้องกับคำกล่าวของ Cinar, Sozeri, Sahin, Cevahir, & Say (2010) ที่สรุปว่าการแก้ปัญหามีความจำเป็นในการพยาบาล การพัฒนาการแก้ปัญหาสำหรับพยาบาลจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในทศวรรษที่ผ่านมา การแก้ปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางปัญญาซึ่งต้องมีการสะท้อนความคิดและมีการคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพราะพยาบาลต้องแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องรู้จักวิธีแก้ปัญหามีความเข้าใจถึงขั้นตอนการแก้ปัญหา และมีเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ปัญหาซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาทักษะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

จากรายงานการสรุปผลการประเมินตนเองของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เพื่อขอรับรองสถาบันการศึกษาจากสภาการพยาบาลในปีการศึกษา 2559 ตัวบ่งชี้ที่ 19 ผลการประเมินจากผู้บัณฑิต พบว่าทักษะทางปัญญา มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยวิทยาลัยเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีค่าเฉลี่ยคะแนน 3.83 จากคะแนนเต็ม 5 ในการประเมินคุณภาพบัณฑิตคือด้านที่ 3 คือ ด้านทักษะทางปัญญา และในข้อย่อยของทักษะทางปัญญาที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ การคิดวิเคราะห์และการคิดแก้ปัญหาทางการพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ยอดคง (2550) ที่สรุปว่าความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นได้รับและตัวของผู้นั้นมีพื้นฐานความรู้ประสบการณ์เดิมและวิธีการแก้ปัญหาเหมาะสมมากน้อยเพียงใดการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการใช้ความรู้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงมากกว่าการใช้ความรู้ในทางทฤษฎีเท่านั้น การฝึกปฏิบัติจึงเป็นการพัฒนาทักษะปฏิบัติก่อนลงมือปฏิบัติจริงในคลินิกตามเกณฑ์การศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวช หรือปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ยังต้องพัฒนานักศึกษาในด้านการนำแนวคิด ทฤษฎีทางจิตเวชไปใช้ในการปฏิบัติ และการนำประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงในคลินิกไปใช้ในการสอบความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องการที่สภาการพยาบาลจัดให้มีการสอบความรู้ทางการพยาบาลเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ที่สอบจากสถาบันอุดมศึกษาที่สอบผ่านทุกรายวิชาในครั้งแรก ส่วนใหญ่ไม่ถึงร้อยละ 50 และวิชาส่วนใหญ่สอบไม่ผ่านคือวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (สภาการพยาบาล, 2558) การแก้ปัญหาให้สำเร็จต้องอาศัยทักษะการแก้ปัญหา ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ควรจัดให้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในบริบทของสถานการณ์ที่เป็นความจริง (Mayer, 1998)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะผู้สอนและผู้นิเทศภาคปฏิบัติ จึงมีความเชื่อว่าหากจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเน้นการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะทางปัญญา

โดยเฉพาะการแก้ปัญหาทำให้นักศึกษาสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเมื่อพบกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Pre-Experimental Designs การทดลองกับกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียว (One-shot case study)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

1.1 การศึกษาบริบท ประกอบด้วย ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา การติดตามบันทึกและขอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary analysis) ประกอบด้วย 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group)

1.2 กำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอน

1.3 สร้างรูปแบบการเรียนการสอน

1.4 การตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพของรูปแบบการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมทดลองใช้รูปแบบการเรียนการสอน

1.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 121 คน ที่ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในภาคเรียนที่ 2/2560

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 24 คนที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2560 – เดือนมกราคม 2561 ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling)

1.2 ตัวแปรที่ศึกษา

1.2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

1.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล

1.3 ระยะเวลาในการวิจัยอยู่ในช่วงภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ใช้เวลาในการสอน 4 สัปดาห์ รวม 10 ชั่วโมง ไม่นับรวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน

- ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท (Contextual study) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ การเรียนการสอน ร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน : 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่มการตรวจสอบความ ตรงภายในรูปแบบการสอนใช้ประเมินมาตรฐาน 5 ระดับจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 ท่าน ความเหมาะสมของรูปแบบและ เครื่องมือ ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการ พยาบาล

1.4 เนื้อหาที่ใช้ในการวิจัยเป็นเนื้อหาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ พุทธศักราช 2555 กลุ่มวิชาชีพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ชั้นปีที่ 3 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต โดยมี กิจกรรมสอดคล้องกับความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวช โดยแบ่ง เนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อย จำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหู แหว่ 2) หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง 3) หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 4) หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลงผิด และ หน่วยการเรียนรู้ ที่ 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติ ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ จำนวน 5 แผน 10 ชั่วโมง ประกอบด้วย การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น หูแว่ว หลงผิด ก้าวร้าว หวาดระแวง แยกตัว ซึ่ง ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบและกระบวนการที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการ พยาบาลที่เน้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย และมีการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นแบบมาตร ส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ประเมินในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านวัดและประเมินผลด้านเนื้อหา และ ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.85 แสดงว่าแผนการเรียนรู้มีความ เหมาะสมมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลการเรียนรู้ ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา ทางการพยาบาล

2.1.1 แบบทดสอบอัตนัยประยุกต์ (MEQ) จำนวน 4 ข้อมีกรณีศึกษาให้จำนวน 1 case โดยฝึก ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา ทางการพยาบาล 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนทางการพยาบาล 4) การปฏิบัติการ พยาบาล และ 5) การประเมินผลทางการพยาบาล (โดยนำมาบูรณาการเข้ากับกระบวนการตามแนวคิดทฤษฎีสาม เกเลียมมาใช้ ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ คิดเชิงประยุกต์ใช้) มีการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้และมีการ แปลผลตามค่าคะแนน มีจำนวน 5 ข้อ 40 คะแนน

2.1.2 แบบวัดผลสัมฤทธิ์วิชาจิตเวชเป็นแบบทดสอบปรนัย ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 60 ข้อ มีการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ 1) วิเคราะห์หาความยากง่ายรายข้อ (p) และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) คัดเลือกข้อสอบที่มีความยากง่ายรายข้อระหว่าง 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) รายข้อตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ผลปรากฏว่าผ่านเกณฑ์ทุกข้อโดยมีค่าความยากอยู่ระหว่างอยู่ในช่วง 0.24 - 0.71 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง 0.28 - 0.892

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือหาความเหมาะสมของรูปแบบ ดังนี้

1) การประเมินคุณภาพความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ประเมินในด้านต่างๆ ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนการสอน ด้านวัดผลและประเมินผล ผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.75 แสดงว่ามีความเหมาะสมมาก

2) การประเมินคุณภาพความเหมาะสมของเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือผู้สอน แผนการจัดการ เอกสารประกอบ แบบบันทึกการเรียนรู้ แบบบันทึกการสอน คู่มือการเรียนรู้ การประเมินผลของรูปแบบ ผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 4.02 แสดงว่ามีความเหมาะสมมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาจิตเวชของนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท ได้แก่

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการสนทนากลุ่มซึ่งใช้ในการหาค่าประกอบรูปแบบการเรียนการสอน และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) โดยเก็บข้อมูลจากการทดสอบย่อย โดยทำการสอบทันทีเมื่อสอนเสร็จในแต่ละเรื่องและเมื่อสิ้นสุดการสอนได้เก็บข้อมูลอีกครั้งโดยใช้เครื่องมือในการประเมินผลการวิจัยคือ แบบทดสอบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1. ดำเนินการสอนตามแผนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 5 หน่วย หน่วยละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลา 10 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560

2. ประเมินผลการจัดการเรียนรู้ ทดสอบความสามารถการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาจิตเวชหลังจากเรียนครบทุกแผนการจัดการเรียนรู้ ตรวจเก็บรวบรวมคะแนน นำผลคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วเทียบเกณฑ์การแปลผล โดยใช้ข้อสอบชุดเดิมกับข้อสอบทดสอบก่อนเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน โดยการทดสอบค่าที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (T-test for Dependent Sample) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (Best, John, Kahh, & James, 1986, p.181)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำประเด็นจากการสนทนากลุ่มความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลมารวมกับข้อมูลที่ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นสร้างข้อสรุปโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล วิเคราะห์จากแบบบันทึกผลการเรียนรู้ แบบบันทึกพฤติกรรมการเรียนรู้และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และ 4) การวัดประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของ Joyce, Weil and Calhoun (2009) คือหลักการและแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบวัตถุประสงค์ของรูปแบบการสอน รายละเอียดขั้นตอนในการสอนหรือการดำเนินการ และการประเมินผลที่จะชี้ให้เห็นถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบนั้น ส่วนขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้การแก้ปัญหาทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ปฐมนิเทศ (Orientation) 2) วางแผน (Planning) 3) กำกับตนเอง (Monitoring) 4) ประเมินตนเอง (Assessment) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานโดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism) ที่เชื่อว่า ผู้เรียนทุกคนมีศักยภาพในการเรียนรู้ เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนแนวคิดการพยาบาล (Nursing) เป็นการกระทำต่อมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2553) ทฤษฎีสร้างสรรค์นิยม (Constructivism) ที่เชื่อว่า การสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองโดยให้ผู้เรียนลงมือประกอบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีความหมายทฤษฎีเชาวันปัญญาสามเกลียว (Triarchic intelligence theory) การบูรณาการชุดของความสามารถแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยมีการฝึกคิด วิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และการคิดประยุกต์ใช้เพื่อช่วยแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้รับบริการนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนให้ข้อเสนอแนะว่า ควรนำวิธีการและเทคนิคการสอน เช่น การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การสรุปความรู้ที่ได้จากการดูวิดีโอ สถานการณ์จำลอง บทบาทสมมติ การเสริมแรง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น โดยที่ผู้สอนควรมีการกระตุ้นโดยใช้สถานการณ์แล้วให้ผู้เรียนมีกิจกรรมตามขั้นตอนของการแก้ปัญหา ได้แก่ การสรุปบันทึกผลการเรียนรู้ การสรุปแผนผังความคิด การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล กรณีศึกษา การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และมีสื่อ/แหล่งการเรียนรู้ที่ใช้ ได้แก่ ใบงานต่างๆ แบบฝึกหัด แบบทดสอบ แบบประเมินสถานการณ์จำลอง วิดีทัศน์ ภาพ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความรู้ได้ในแต่ละเนื้อหา เนื่องจากแก้ปัญหาให้สำเร็จนั้นต้องอาศัยทักษะการแก้ปัญหา ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนควรจัดให้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในบริบทของสถานการณ์ที่เป็นจริง

ผลการสร้างรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการของรูปแบบ วัตถุประสงค์ของรูปแบบ กิจกรรมการเรียนรู้ และการประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

หลักการของรูปแบบ จัดประสบการณ์การสอนโดยใช้การแก้ปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ การนำแนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานมาบูรณาการกับกระบวนการพยาบาล จัดการเรียนรู้จากกรณีศึกษา และให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้จากการฝึกแก้ปัญหาทางการพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดบนพื้นฐานของความเป็นจริง

วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

กิจกรรมการเรียนรู้ OPMA model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นปฐมนิเทศ (Orientation) 2) ขั้นวางแผนการเรียนรู้ (Planning) 3) ขั้นกำกับตนเอง (Monitoring) และ 4) การประเมินตนเอง (Assessment) โดยมีรายละเอียดกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปฐมนิเทศ (Orientation) ครูผู้สอนเกริ่นนำเข้าสู่บทเรียน โดยการสร้างบรรยากาศในการเรียนให้กับผู้เรียนตามเทคนิคและวิธีการต่างๆ เช่น ชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเรียนการสอน แนะนำบทเรียนและการแบ่งกลุ่ม สร้างข้อตกลงกับผู้เรียน การสืบค้นข้อมูลจากจากข้อมูล การนัดหมายตรวจงาน ส่งงาน ทบทวนความรู้เดิม กิจกรรมการเรียนการสอน ทดสอบความรู้ก่อนเรียน เพื่อให้ นักศึกษามีความต้องการที่จะเรียนรู้ในเรื่องที่จะสอนทบทวนความรู้เดิมที่เกี่ยวข้อง จากการให้นักศึกษานำเสนอเนื้อหาความรู้ หรือครูผู้สอนช่วยเพิ่มเติมเนื้อหาความรู้ นำเสนอเนื้อหาความรู้ พร้อมทั้งยกตัวอย่างการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมยกตัวอย่างการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจากกรณีศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงร่วมกันสรุปองค์ความรู้จากกิจกรรมดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 2 วางแผน (Planning) ครูจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา/กรณีตัวอย่าง (Case) โดยการกำหนดสถานการณ์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตโดยใช้กระบวนการพยาบาล มอบหมายงานโดยใช้ใบงานเป็นสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตโดยมีพื้นฐานมาจากความเป็นจริง ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มระดมสมอง (brainstorm) ร่วมอภิปรายเพื่อสร้างสมมติฐานและจัดลำดับสมมติฐาน และความสำคัญ และความเป็นไปได้และกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกการแก้ปัญหาทางการพยาบาลร่วมกัน ให้ผู้เรียนมีการวางแผนการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำกิจกรรมของตนเองจากงานที่ได้รับมอบหมาย สามารถใช้ความรู้ที่เรียนมาในทฤษฎีประยุกต์การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 กำกับตนเอง (Monitoring) ให้ผู้เรียนฝึกการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยนำแผนที่กำหนดไว้ไปใช้ในการทำกิจกรรมจากใบงานและแบบฝึกหัดที่ได้รับมอบหมาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือตอนที่ 1 สถานการณ์จากใบงานผู้เรียนต้องนำแผนที่วางไว้เกี่ยวกับความรู้และวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในการทำกิจกรรมจากใบงานซึ่งเป็นสถานการณ์จำลอง มีการอภิปรายและสรุปร่วมกันพร้อมกับการนำเสนอของแต่ละกลุ่ม ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้และได้รับความรู้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในประเด็นดังกล่าว ขณะดำเนินการตามแผนผู้เรียนกำกับตนเองเกี่ยวกับความรู้และวิธีการแสวงหาความรู้ มีการถามตนเอง แลกเปลี่ยนกับเพื่อนในประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการแก้ปัญหาทางการพยาบาลว่าถูกต้องเหมาะสม ปรับปรุง รวมทั้งการบันทึกผลการเรียนรู้และนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม และตอนที่ 2 สถานการณ์จากแบบฝึกหัด เมื่อได้รับมอบหมายให้ทำแบบฝึกหัด ผู้เรียนต้องนำองค์ความรู้ คือ ความรู้และวิธีการแสวงหาความรู้ จัดการกับการทำงานเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มกิจกรรมจากใบงานไปใช้ในการทำแบบฝึกหัด ซึ่งเป็นสถานการณ์จำลองในขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะเกิดการเชื่อมโยงความรู้ในสถานการณ์จากใบงานไปสู่สถานการณ์ใน

แบบฝึกหัด ขณะดำเนินการตามแผนผู้เรียนทบทวนความรู้ วิธีการแสวงหาความรู้ที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือควรปรับปรุง รวมทั้งบันทึกผลการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินตนเอง (Assessment) ให้ผู้เรียนเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจก่อนการเรียนรู้ และหลังการเรียนรู้ วิเคราะห์ผลการเรียนรู้และปัญหาข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยใช้การสนทนาหรือวิพากษ์อย่างสร้างสรรค์ภายในกลุ่ม ให้ผู้เรียนบันทึกการเรียนรู้ และบันทึกการประเมินตนเอง ผู้สอนให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้านความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจากการทำกิจกรรมใบงานและแบบฝึกหัด การประเมินผลวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ผลการประเมินรูปแบบการเรียนการสอน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบรูปแบบมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของกิจกรรมการเรียนการสอนในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงและให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ

ผลการตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยภาพรวม อยู่ในระดับเหมาะสมมากทุกประเด็น โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หลักการของรูปแบบการเรียนการสอน ($M = 4.42$, $SD = 0.527$) รองลงมาตามลำดับมากไปหาน้อย คือ วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอน ($M = 4.28$, $SD = 0.341$) การประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอน ($M = 3.75$, $SD = 0.572$) และกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน ($M = 3.63$, $SD = 0.565$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ($N = 7$)

รายการ	M	SD	แปลผล
1. หลักการของรูปแบบการเรียนการสอนมีความเหมาะสม	4.42	.527	เหมาะสมมาก
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนการสอนมีความเหมาะสม	4.28	.341	เหมาะสมมาก
3. กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของรูปแบบ			
- ขั้นปฐมนิเทศ (Orientation)	3.42	.722	เหมาะสมปานกลาง
- ขั้นวางแผน (Planning)	3.57	.687	เหมาะสมมาก
- ขั้นกำกับตนเอง (Monitor)	3.71	.546	เหมาะสมมาก
- ขั้นประเมินตนเอง (Assessment)	3.85	.423	เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ยรวมของกิจกรรมการเรียนการสอนของรูปแบบ	3.63	.565	เหมาะสมมาก
4. การประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอน			
- วิธีการ	3.85	.423	เหมาะสมมาก
- เครื่องมือ	3.57	.687	เหมาะสมมาก
- เกณฑ์การประเมินผล	3.85	.423	เหมาะสมมาก
เฉลี่ยรวมการประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอน	3.75	.572	เหมาะสมมาก

ผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ตารางที่ 2) พบว่า ระดับความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้กับรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากทุกประเด็น โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เอกสารประกอบการสอน ($M = 4.42$, $SD = 0.227$) รองลงมาตามลำดับมากไปหาน้อย คือ คู่มือการสอน ($M = 4.20$, $SD = 0.421$) แผนการจัดการเรียนรู้ ($M = 4.28$, $SD = 0.341$) แบบบันทึกการสอน ($M = 4.28$, $SD = 0.341$) แบบบันทึกการเรียนรู้ ($M = 3.75$, $SD = 0.572$) คู่มือผู้เรียน ($M = 4.06$, $SD = 0.453$) และการประเมินผลของรูปแบบการเรียน ($M = 3.75$, $SD = 0.762$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้กับรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ ($N = 7$)

รายการ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	แปลผล
1. คู่มือผู้สอน			
- หลักการ	4.28	.341	เหมาะสมมาก
- วัตถุประสงค์	4.42	.227	เหมาะสมมาก
- กิจกรรมการเรียนการสอน	3.85	.923	เหมาะสมมาก
- การประเมินผล	4.28	.341	เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ยรวมของคู่มือผู้สอน	4.20	.421	เหมาะสมมาก
2. แผนการจัดการเรียนรู้	4.28	.341	เหมาะสมมาก
3. เอกสารประกอบการสอน	4.42	.277	เหมาะสมมาก
4. แบบบันทึกการเรียนรู้	4.14	.652	เหมาะสมมาก
5. แบบบันทึกการสอน	4.28	.341	เหมาะสมมาก
6. คู่มือผู้เรียน			
- วัตถุประสงค์	4.42	.277	เหมาะสมมาก
- แผนการเรียนรู้	4.00	.713	เหมาะสมมาก
- สื่อและแหล่งสนับสนุนการเรียนรู้	4.00	.713	เหมาะสมมาก
- การวัดและประเมินผลการเรียน	3.85	.832	เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ยรวมของคู่มือผู้เรียน	4.06	.453	เหมาะสมมาก
7. การประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอน			
- วิธีการ	3.85	.832	เหมาะสมมาก
- เครื่องมือ	3.57	.923	เหมาะสมมาก
- เกณฑ์การประเมินผล	3.85	.832	เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ยรวมการประเมินผลของรูปแบบการเรียนการสอน	3.75	.762	เหมาะสมมาก

คะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชก่อนเรียนและหลังเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยหลังเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสูงขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60 จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน

การทดสอบ	จำนวนนักเรียน	M	SD	t
ก่อนเรียน	24	18.04	2.76	38.052**
หลังเรียน	24	26.43	3.48	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชก่อนเรียนและหลังเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยหลังเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสูงขึ้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การทดสอบ	จำนวนนักเรียน	M	SD	t
ก่อนเรียน	24	27.00	8.15	34.268**
หลังเรียน	24	43.62	5.51	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการวิจัยเห็นได้ว่าเมื่อนำรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้กับผู้เรียนทั้งในรูปแบบดั้งเดิม คือการสอนในห้องเรียนปกติ และการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้ขั้นตอนการเรียนรู้เป็นระบบตามแนวคิดการเรียนรู้ซึ่งผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ตามแนวคิดมนุษยนิยม (Humanism) และสามารถสร้างความรู้ด้วยตนเองตามทฤษฎีสร้างสรรคนิยม (Construction) จากการทำความเข้าใจหรือให้ความหมายกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์โดยอาศัยความรู้เดิม ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นจะถูกรวบรวมไว้ในโครงสร้างอย่างเป็นระเบียบที่เรียกว่า โครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structuring) ซึ่งผู้สอนจะเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนบูรณาการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคิดเชิงประยุกต์ใช้หรือเรียกว่า เขาวงกตปัญญาสามเกลียว (Triarchic Intelligence theory) และใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการโดยที่มีการเรียนการสอนตาม OPMA Model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นปฐมนิเทศ (Orientation) 2) ขั้นวางแผน (planning) 3) ขั้นกำกับตนเอง (Monitoring) 4) ขั้นประเมินตนเอง (Assessment) และนำแนวคิดที่ได้จากการแก้ปัญหา จะสามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น เมื่อค่าคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่เรียนด้วยรูปแบบที่ส่งเสริมการแก้ปัญหาทางการพยาบาลหลังการสอนมีคะแนนสูงกว่าก่อนเรียน นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการ

แก้ปัญหาล้างเรียนมีคะแนนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวน่าจะมาจากที่ผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามขั้นตอนของรูปแบบที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งได้แก่การฝึกทำโจทย์จากใบงาน ที่มีกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่มีพฤติกรรมผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยๆ ในหอผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาลที่จัดในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ การให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกวิเคราะห์โจทย์ สถานการณ์ปัญหาและร่วมกันแก้ปัญหามาจากใบงาน มีการเตรียมผู้เรียนก่อนการฝึกภาคปฏิบัติมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และการให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการวางแผนการเรียนรู้ก่อนที่จะใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ในการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์ (2553) ที่พบว่าการเรียนรู้จากสถานการณ์ โดยมีการจัดกิจกรรมตามรูปแบบนั้นเป็นการเชื่อมโยงเนื้อหาที่เรียนในภาคทฤษฎีกับโลกแห่งความเป็นจริง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถมองเห็นและเข้าใจสิ่งต่างๆในการเรียนรู้นั้นๆ ทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาดีขึ้นด้วย ซึ่งผู้เรียนเป็นผู้คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมิน ตัดสินแก้ปัญหได้ด้วยตนเอง มีกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ผู้เรียนเป็นผู้อธิบาย นำเสนอได้อย่างมีหลักวิชาด้วยการเรียบเรียงด้วยตนเอง อธิบายได้อย่างครอบคลุมชัดเจน มีกระบวนการแก้ปัญหาที่ดี สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตจริงได้ และพัฒนาคุณภาพงาน ซึ่งผลเกิดจากนักศึกษาได้ฝึกฝนการกำกับตนเองระหว่างการเรียนรู้และมีการประเมินตนเองหลังเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวย่อมทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านวิธีการแสวงหาความรู้และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้จากตัวอย่างกรณีศึกษา และจากใบงานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์โจทย์ปัญหาสถานการณ์ปัญหาทางการพยาบาล ในแบบฝึกหัดท้ายบทและแบบทดสอบอัตนัย สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวัลณ์ วินาลัยวานกุล (2558) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการเรียนการสอนโดยใช้ยุทธวิธีอภิปัญญาที่ส่งเสริมความสามารถในการถ่ายโยงความรู้และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาที่เรียนด้วยวิธีการเรียนแบบยุทธวิธีอภิปัญญาที่ส่งเสริมความสามารถในการถ่ายโยงความรู้และการแก้ปัญหาทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการถ่ายโยงความรู้และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนด้วยวิธีการเรียนในการถ่ายโยงความรู้และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลไม่แตกต่างจากนักเรียนที่เรียนด้วยวิธีการปกติ จึงเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาผู้เรียนในลักษณะบทเรียนที่ส่งเสริมให้ฝึกทักษะการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์ การคิดขั้นสูงที่ต้องพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีการพิจารณา ตัดสินใจ หาทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้จะสามารถแก้ปัญหาและลดภาระการสอนที่เนื้อหาค่อนข้างมาก และได้สมรรถนะการคิดขั้นสูงในเวลาที่มีจำกัดในห้องเรียนแต่ถึงกระนั้นครูผู้สอนยังต้องกำกับดูแลผู้เรียน ให้คำแนะนำ ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางการเรียนได้อย่างครบถ้วน สอดคล้องกับแนวคิดของทิสนา แคมมณี (2553) ที่กล่าวว่า “รูปแบบการเรียนการสอนคือแบบแผนการดำเนินการสอนที่ได้รับการจัดเป็นระบบอย่างสัมพันธ์ สอดคล้องกับทฤษฎี/หลักการเรียนรู้หรือการสอนที่รูปแบบนั้นยึดถือ และได้รับการพิสูจน์ ทดสอบว่ามีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายเฉพาะรูปแบบนั้นๆ” เนื่องจากการสร้างรูปแบบการเรียนการสอนวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่เป็นไปตามหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผลการสนทนากลุ่มจากอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยง และนักศึกษาพยาบาล นอกเหนือจากนั้นรูปแบบการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการเรียนการสอนนั้นได้

ผ่านกระบวนการ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในเรื่องที่จะประเมินเป็นผู้ ตรวจสอบและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มีการปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 2

นอกจากนั้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้เรียน ควรเริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหา รู้จักกำหนดปัญหา มีการจัดลำดับวิธีการแก้ปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินผลที่เกิดขึ้น ภายหลังการแก้ปัญหานั้นแล้วจะสามารถนำไปสู่เป้าหมายนั้นคือประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาได้ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ต้องใช้ประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่แก้ปัญหา รวมทั้งสถานการณ์ที่เร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงควรให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนจากประสบการณ์ในรูปแบบต่างๆ ไว้ในรายวิชาการเรียนการสอนและส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิดแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Schunk and Zimmer (1998) ผู้เรียนสามารถเริ่มใช้วิธีการวางแผนด้วยตนเองแก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ โดยผู้สอนมีบทบาทให้คำแนะนำที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยใช้ใบงานที่เป็นสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชการให้ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติทางจิต ให้นักศึกษากำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการเรียนรู้ของตนเอง เกี่ยวกับการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจากสถานการณ์ที่ได้รับ และบันทึกผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง Butler and Winne (1995) ได้เสนอแนะไว้ว่า ผู้เรียนที่ได้รับการส่งเสริมให้ใช้ทักษะการคิดขั้นสูงในการแก้ปัญหา โดยการให้ ผู้สอนและผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ร่วมกันและให้ผู้สอนสะท้อนผลการเรียนรู้ รวมทั้งประเด็นสำคัญในการประยุกต์ใช้ กระบวนการพยาบาล ซึ่งเน้นการบูรณาการ การคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคิดเชิงประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริม ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

จากการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การแก้ปัญหาให้ประสบผลสำเร็จนั้นต้องอาศัยทักษะ ทางปัญญาและสร้างแรงจูงใจในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการส่งเสริมการแก้ปัญหาที่ไม่ใช่ กิจวัตรประจำวัน (unroutine problem solving) ซึ่งต้องใช้สติปัญญาในการแก้ปัญหา ดังนั้นในการจัดการเรียน การสอนโดยส่งเสริมให้เกิดทักษะทางปัญญา โดยเฉพาะทักษะการแก้ปัญหานั้น จึงเป็นส่วนที่สำคัญในการ แก้ปัญหาในบริบทของสถานการณ์ที่เป็นจริง (Mayer, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับ (Mayer, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับ พิมพันธ์ เดชะคุปต์ และเพียว ยินดีสุข (2560) ที่สรุปว่าการคิดแก้ปัญหา (problem solving) สนับสนุนช่วยให้ นักคิดตระหนักในการคิดวิเคราะห์ คิดสังเคราะห์ ผู้เรียนสามารถนำกระบวนการคิดไปใช้ในการเรียนรู้การ แก้ปัญหาในการเรียนรู้ในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ทักษะการคิดแก้ปัญหามีความ จำเป็นสำหรับการเรียนในศตวรรษที่ 21 ที่ช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยวิธีการเรียน (learn how to learn) เรียนรู้ วิธีการคิด (learn how to think) จะช่วยให้ผู้เรียนเป็นนักคิดที่ดี ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา และสามารถเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพตลอดชีวิต (พิมพันธ์ เดชะคุปต์ และเพียว ยินดีสุข, 2560) และ Kuhn and Dean (2004) ที่สรุปว่า ทักษะทางปัญญาสามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกฝนการแก้ปัญหา ต่างๆ ในแต่ละสถานการณ์/กรณีศึกษา ซึ่งสามารถนำเอาวิธีการต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหานั้นๆ เมื่อเจอกับ สถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน รวมถึงการศึกษาของ Chollowski and Chan (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้าน การรับรู้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล สรุปว่า การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาให้ ชำนาญโดยใช้เพียงกระบวนการพยาบาลก็เพียงพอในการอธิบายการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในคลินิกได้ ซึ่ง ความรู้เดิมที่มีอยู่ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การกำกับตนเอง การนำความรู้ เดิมมาใช้ การให้เหตุผลในการวินิจฉัยมีบทบาทสำคัญในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างเข้าใจและมี คุณภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ทักษะทางปัญญามีความสอดคล้องกับทักษะการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็น

วิธีการที่ใช้เพื่อเอื้อให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประยุกต์ใช้ โดยที่ผู้เรียนมีการฝึกทักษะทางปัญญา ด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมในกิจกรรมการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ฝึกการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในสถานการณ์/กรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ไม่ว่าจะเป็นการทบทวนตนเอง การกำกับตนเองจากการสะท้อนคิดด้วยการตั้งคำถาม ถามตนเองเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง เพื่อเป็นการประเมินตนเองจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนการสอนภายหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแล้ว ผู้เรียนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวมีประโยชน์มาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า “ควรมีการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติที่มีการเรียนรู้ในลักษณะนี้และการวิธีการสอนของอาจารย์สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่ผิดปกติไปสู่การเขียนตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องซึ่งสามารถนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานได้ต่อไป ได้ประโยชน์เพิ่มเติมจากการเรียนรู้ในครั้งนี้มาก ทำให้ผู้เรียนวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์ต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้เรียนมีความรู้มากขึ้น และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง และรูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานด้านการสอนโดยเฉพาะในคลินิก สามารถนำไปใช้ได้ดีในสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงว่า ควรมีการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้ต่อไปแต่เพิ่มระยะเวลาให้มากกว่านี้ หรืออาจใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มช่องทางในการเรียนรู้ให้มากขึ้นก็จะมีเวลาเพียงพอในการเรียนรู้”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามขั้นตอน OPMA model ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล นักเรียนควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ดังนั้นก่อนดำเนินการสอน ผู้สอนควรมีตัวอย่าง กรณีศึกษาให้ผู้เรียนฝึกทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลจากใบงานมาก่อนจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีเรียนมากยิ่งขึ้น
2. การนำรูปแบบการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลไปใช้ ผู้ใช้ควรศึกษารายละเอียดของรูปแบบและขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนการสอนในแต่ละขั้นตอนให้เข้าใจ และผู้ใช้ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ทักษะการแก้ปัญหา รวมถึงแนวคิด ทฤษฎีเนื้อหาความรู้ในรายวิชาที่จะสอนเป็นอย่างดีทั้งนี้เพื่อให้การนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิชาการด้านการศึกษาทางการพยาบาล และนักศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการเรียนการสอนและสาขาที่เกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการพัฒนาผลการเรียนรู้ด้านอื่นๆ ต่อไป
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลต่างๆ ทางการพยาบาลเพื่อเป็นการเสริมทักษะทางวิชาชีพให้ได้คุณภาพ
3. ควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ร่วมกับพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติในรายวิชาทางการพยาบาลเพื่อลดเวลาในการจัดการเรียนการสอนในหอผู้ป่วยและสามารถที่จะเรียนรู้ได้ทุกที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2553. สืบค้นจาก <http://www.moe.go.th/moe/th/home>
- จิราวัฒน์ วินาลัยนากุล. (2558). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ทฤษฎีอภิปรัชญาที่ส่งเสริมความสามารถในการถ่ายโยงความรู้และการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนิสิตพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์. (2553). การจัดการเรียนรู้แนวใหม่: ทฤษฎีแนวปฏิบัติและหลักการวิจัย. นนทบุรี: สหมิตรปริญิต.
- ดรุณี รุจกรกานต์. (2557). เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (มคอ.2) ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี และการพัฒนา. กรุงเทพฯ: Test Blueprint.
- พิมพันธ์ เดชะคุปต์ และเพียว ยินดีสุข. (2560). ทักษะ 7C ของครู 4.0 กับ PLC สร้างเด็กศตวรรษที่ 21 . กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศนา แคมมณี. (2553). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วันเพ็ญ ยอดคง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความถนัดเฉพาะวิชาชีพพยาบาลเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการเผชิญอุปสรรค จริยธรรมในวิชาชีพกับความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. (2559). รายงานพฤติกรรมผู้ประเมินตนเอง ปี 2559. สืบค้นจาก <http://www.bcnu.ac.th/bcnu>
- สภาการพยาบาล. (2558). ผลสอบวัดความรู้เพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ชั้น 1. สืบค้นจาก <http://www.tnmc.or.th/news/141>
- ศุภาวดี แถวเพ็ญ, สีวพร พานเมือง, นงลักษณ์ คำสวัสดิ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, กัญญา ทูลธรรม, ศิริพร ภูษี และ สุวิมล พุทธบุตร. (2557). รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อสมรรถนะด้านการพยาบาล ผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 28 วิทยาลัย-ศรีมหาสารคาม. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- Aronson, B., Rosa, J., Anfinson, J., & Light, N. (1997). Teaching tools: A simulated clinical problem solving experience. *Nurse Educator*, 22(16), 17-19.
- Best, J.W., & Kahh, J.V. (1986). A Wide variety of methodologies including descriptive, experimental and quasi-experimental research, 181.
- Butler, D.L., & Winne, P.H. (1995). Feedback and Self-regular Learning: A Theoretical Synthesis. *Review of Education Research*, 65(3), 245-281.
- Cholowski, K., Chan, L.K. (2004). Cognitive factors in student nurse" clinical problem solving. *PubMed*, 10 (1), 85-95.

- Cinar, N., Sozeri, C., Sahin, P., Cevahir, R., & Say, M. (2010). Problem solving skills of the nursing and midwifery Students and influential factors. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 12(4), 601-606.
- Joyce, B., & Weil, M. (2000). *Models of Teaching*. (6th ed.) New Jersey : Prentice Hall.
- Kuhn, D., & Dean, D. (2004). Metacognition: A bridge between cognitive psychology and educational practice. *Theory into Practice*, 43, 268-273.
- Mayer, R.E. (1998). Cognitive, metacognitive, and motivational aspects of problem solving. *Instructional Science*, 26, 49-63.
- Schunk, D.H., & Zimmerman, B.J. (Eds.) (1998). *Self-regulated learning: From teaching to self-reflective practice*" New York: Guilford Press.

ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, RN, M.N.S.*

Received : July 27, 2018

Revised : December 27, 2018

Accepted : January 10, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ทั้งหมดจำนวน 350 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์มัน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มีคะแนนความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารโดยรวม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนเต็มเท่ากับ 67.64, 72.96 และ 61.93 ตามลำดับ เมื่อประเมินภาวะโภชนาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.30 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 66.80 และมีน้ำหนักเกินจนถึงอ้วน ร้อยละ 8.90 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับทักษะการเลือกอาหาร ($r=171, p<.05$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r=107, p<.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีคะแนนความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารเฉลี่ยและพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม และสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับนักศึกษา

คำสำคัญ: ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ นักศึกษาพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ E-mail: uangtit@hotmail.com

**Nutritional Knowledge, Attitude Towards Food, Food Consumption Behavior,
and Nutritional Status in Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing,
Sanprasithiprasong**

Natthaya Chabuakam, RN, M.N.S.*

Abstract

This descriptive study aims to study nutritional knowledge, attitude towards food, food consumption behavior and nutritional status, as well as their relation to students of the Nursing Science Program Boromarajonani College of Nursing, Sanprasithiprasong. The sample includes a total of 350 nursing students 1st to 4th year. The data was collected by a questionnaire and analysis of nutritional status of the sample. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

According to the results, 1st to 4th year nursing students had overall nutritional knowledge, attitude towards food, and food consumption behavior at the moderate level (67.64%, 72.96% and 61.93%, respectively). The assessment of nutritional status showed that 24.30% of the sample had body mass index lower than the requirement, 66.80% had body mass index as required, and 8.90% is overweight and fat. According to the results of the correlations, nutritional knowledge found that relations between attitude towards food ($r=171$, $p<.05$) and food consumption behavior ($r=107$, $p<.05$) are statistically significant whereas nutritional knowledge, attitude towards food, and food consumption behavior did not have any statistically significant relations with nutritional status. In reference to the results, overall nutritional knowledge, attitude towards food and food consumption behavior of the students are at the moderate level. As a result, it is recommendable to promote nutritional healthcare of the nursing students by focusing on proper food consumption behavior and giving them motivation on this issue.

Keywords: nutritional knowledge, attitude towards food, food consumption behavior, nutritional status, nursing students.

* Boromarajonani College of Nursing, Sanprasithiprasong

บทนำ

ปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรง ปัญหาดังกล่าวสืบเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในลักษณะสังคมที่เร่งรีบ ประกอบกับอิทธิพลด้านสื่อโฆษณาวัฒนธรรมตะวันตกที่สร้างแรงจูงใจสูงทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เช่น นักเรียน นิสิต หรือนักศึกษา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะโภชนาการที่ก่อให้เกิดปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะอ้วน และโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมาในอนาคต (พุทธชาติ สอนจันทร์, 2550) ปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการเกินและโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด มะเร็ง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศ (เบญจา มุกตพันธ์, 2554) รวมทั้งยังส่งผลด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น ความรู้ทางด้านโภชนาการของบุคคลนับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความรู้มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภค การขาดความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรัง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงวัยเรียน ทั้งนักเรียน นิสิต หรือนักศึกษา หากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตในวัยผู้ใหญ่ (ถาวร มาตัน, 2553)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมาจากหลากหลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังคงได้รับการสืบทอดวัฒนธรรมการรับประทานอาหารตามที่ได้รับการปลูกฝังเลี้ยงดูมาจากครอบครัว นักศึกษาทั้งหมดอาศัยอยู่ในหอพัก ส่วนใหญ่ซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน เพราะสะดวก และรวดเร็ว พฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่ชอบบริโภคอาหารในรูปแบบใหม่ซึ่งแพร่หลายเข้ามาโดยสื่อโฆษณา ทั้งธุรกิจการค้าประเภทอาหารขยะ (junk food) อาหารฟาสต์ฟู้ด (fast food) นิยมบริโภคอาหารที่แปลกใหม่ (เบญจา มุกตพันธ์, 2554) แต่เมื่อพิจารณาคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร พบว่า อาหารบางชนิดมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำหรือไม่ครบถ้วนหรือมีมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และบางชนิดมีสารปรุงแต่งหรือเครื่องปรุงรสมากเกินไปเกินความจำเป็น จากงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในกลุ่มนักศึกษา พบว่า ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารและพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนั้นปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และควรเอาใจใส่อย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายในระดับอุดมศึกษา ซึ่งจะเป็นกำลังและแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศภายภาคหน้า (จกมลวรรณ มุสิกทอง, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, รัตนาภรณ์ คงคา, และนัตยา แสงวิชัยภัทร, 2554; นพวรรณ เปียชื่อ, ดุชนิ ทศนา จันทธานี, สุมาลี กิตติภูมิ, และพรรณวดี พุฒินะ, 2552; อนุกุล พลศิริ, 2551; มณฑิลา จำภา, 2556)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในอนาคตจะจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในระหว่างเรียนอาจมีความเครียด อีกต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วย อาจส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพหรือดูแลสุขภาพน้อยลง ลักษณะการดำเนินชีวิตดังกล่าวอาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพได้ และเมื่อจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพบุคลากรเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนให้มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยและช่วยประชาชนที่มีภาวะเจ็บป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น จึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม มีภาวะโภชนาการที่ดีโดยคำนึงถึงหลักการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาตามช่วงวัย

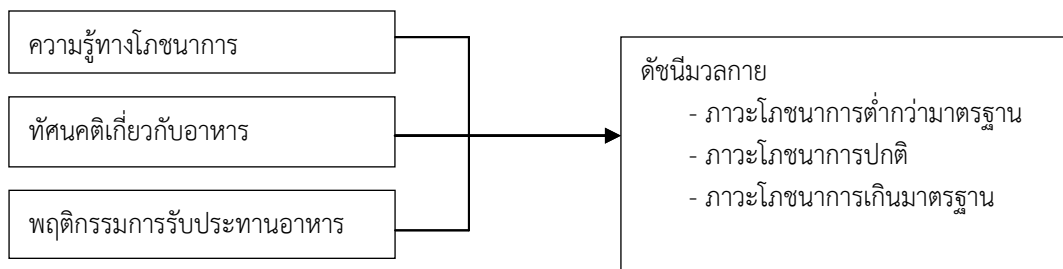
รวมทั้งรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับการเกิดปัญหาสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการให้กับนักศึกษาพยาบาลทั้งที่มีภาวะสุขภาพดีและมีภาวะเจ็บป่วย เพิ่มศักยภาพทางสุขภาพอนามัยที่ยั่งยืนให้กับประชาชนและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ Murray and Zentner (1993) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การสร้างเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ กรอบแนวคิดของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ โดยความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ซึ่งภาวะโภชนาการในการศึกษานี้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2558 จำนวน 592 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2558 กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.0.10 ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ขนาดอิทธิพล effect size เท่ากับ 0.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 319 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างในระหว่างการเก็บข้อมูล รวมเป็นตัวอย่างที่คำนวณได้ 350 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีโดยการกำหนดตามสัดส่วน และนำเลขประจำตัวนักเรียนมาจับฉลากให้ได้จำนวนตามที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 84 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 82 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 99 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) จำนวน 1 ชุด โดยขออนุญาตใช้เครื่องมือของนพวรรณ เปียชื่อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา เพศ สถานภาพสมรส รูปแบบการรับประทานอาหาร และค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหาร ประวัติสุขภาพและโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการของนพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2552) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประเภทอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร และผลของอาหารต่อสุขภาพ จำนวน 31 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกคือ ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-31 คะแนน ถ้ามีความรู้ทางโภชนาการดี ได้คะแนนเฉลี่ย 24.8 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) มีความรู้ปานกลางได้คะแนนเฉลี่ย 18.6-24.5 คะแนน (ร้อยละ 60-79) มีความรู้ต่ำได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 18.3 ($<$ ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) (Bloom, 1971) คุณภาพของแบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการโดยการคำนวณด้วยการใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร ของนพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2552) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับอาหารและการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือกคือ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ มีทัศนคติต่ออาหารดี ได้คะแนนเฉลี่ย 19.2 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) มีทัศนคติต่ออาหารปานกลางได้ 14.4-18.96 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และมีทัศนคติต่ออาหารไม่ดี ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 14.2 คะแนน ($<$ ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) คุณภาพของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหารโดยการคำนวณด้วยการใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 (Bloom, 1971)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนพวรรณ เปียชื่อและคณะ (2552) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องการเลือกประเภทอาหารและรูปแบบในการรับประทานอาหารจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การมีพฤติกรรมที่ดีในการรับประทานอาหารกำหนดเกณฑ์ประเมินดังนี้ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ถ้าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมได้คะแนนเฉลี่ย 48 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมปานกลางได้คะแนนเฉลี่ย 36.00-47.40 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ได้

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 35.40 คะแนน (< ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) คุณภาพของแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหาร หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 (Bloom, 1971)

5) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ คือการประเมินดัชนีมวลกาย คำนวณจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร²) โดยใช้เกณฑ์ประเมินภาวะอ้วนสำหรับคนไทย (Choo, 2002) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ผอม (BMI น้อยกว่า 18.50 กิโลกรัม/เมตร²) ปกติ (BMI 18.5-22.90 กิโลกรัม/เมตร²) น้ำหนักเกิน (BMI 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร²) และอ้วน (BMI มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC13/2558 ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะลงนามในเอกสารยินยอมให้ทำการวิจัยทุกรายก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้บริหารด้านกิจการนักศึกษา

2) ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างภายหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนในภาคปลาย ชี้แจงขั้นตอนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1) แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) รวมทั้งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลา 15-20 นาที โดยประมาณ โดยให้กลับไปทำและขอให้ส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

2.2) ประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและคำนวณดัชนีมวลกาย แล้วแจ้งผลให้ทราบ

2.3) ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทำการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ และเทียบกับเกณฑ์ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบกับคะแนนเต็ม (Mean %)

2. สถิติอ้างอิง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้คะแนนระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารกับภาวะโภชนาการ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ความรู้ทางโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าความรู้ทางโภชนาการมีคะแนนเต็ม 31 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.97 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.64 ของคะแนนเต็ม) คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 1-29 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านของประเภทอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารประเภทโซเดียมมากที่สุด ค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนเต็มเท่ากับ 73.83 รองมา คือ ความรู้เกี่ยวกับแคลเซียม ไยอาหาร และไขมัน คิดเป็นร้อยละ 67.50, 64.71 และ 61.11 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ทางโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล (n = 350)

ความรู้ทางโภชนาการ	Possible range	Min-Max	Mean	SD	Mean%
ประเภทอาหาร	0-28	0-26	18.51	3.55	66.11
ไขมัน	0-9	0-9	5.50	1.27	61.11
แคลเซียม	0-6	0-6	4.05	1.20	67.50
โซเดียม	0-6	0-6	4.43	1.61	73.83
ใยอาหาร	0-7	0-7	4.53	1.47	64.71
รูปแบบการรับประทานอาหารและผลต่อสุขภาพ	0-3	0-3	2.46	0.69	82.00
ความรู้ทางโภชนาการโดยรวม	1-31	1-29	20.97	3.66	67.64

2. ทักษะการเลือกอาหารของนักศึกษาพยาบาล พบว่าทักษะการเลือกอาหารจากคะแนนเต็ม 24 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเลือกอาหารโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 17.51 คะแนน มีทักษะการเลือกอาหารในระดับดี (ร้อยละ 72.96 ของคะแนนเต็ม) คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 6 - 23 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่ดีใน 5 ลำดับแรก คือ ทักษะการเลือกอาหารประเภทใยอาหาร มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนเต็มเท่ากับ 98.00 รองลงมาคือ ทักษะการเลือกอาหารประเภทโซเดียม ทักษะการเลือกรูปแบบการรับประทานอาหาร ทักษะการเลือกอาหารประเภทโปรตีน แคลเซียม และไขมัน คิดเป็นร้อยละ 97.00, 91.00, 89.00, 67.00 และ 64.79 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 คะแนนทักษะการเลือกอาหารของนักศึกษาพยาบาล (n = 350)

ทักษะการเลือกอาหาร	Possible range	Min-Max	Mean	SD	Mean%
การเลือกประเภทอาหาร	0-23	5-22	16.58	3.40	72.09
ไขมัน	0-14	1-14	9.70	2.71	64.79
แคลเซียม	0-6	0-6	4.02	1.38	67.00
โซเดียม	0-1	0-1	0.97	0.16	97.00
ใยอาหาร	0-1	0-1	0.98	0.11	98.00
โปรตีน	0-1	0-1	0.89	0.31	89.00
รูปแบบการรับประทานอาหาร	0-1	0-1	0.91	0.28	91.00
ทักษะการเลือกอาหารโดยรวม	0-24	6 - 23	17.51	3.43	72.96

3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากคะแนนเต็ม 60 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมเหมาะสมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.16 (ร้อยละ 61.93 ของคะแนนเต็ม) คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 12-52 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า รูปแบบการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.52 (ร้อยละ 69.55 ของคะแนนเต็ม) ซึ่งมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการเลือกรับประทานอาหารที่มี (คะแนนเฉลี่ย 24.64 ร้อยละ 58.67 ของคะแนนเต็ม) พิจารณาพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร พบว่า การเลือกอาหารประเภทแคลเซียมเหมาะสมที่สุด (ร้อยละ 71.17 ของคะแนนเต็ม) รองลงมาคือประเภทใยอาหาร (ร้อยละ 70.00) ขนมและอาหารหวาน (ร้อยละ 57.88) ไขมัน (ร้อยละ 57.00) เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (ร้อยละ 55.75) และโซเดียม (ร้อยละ 51.79) ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาล (n = 350)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	Possible range	Min-Max	Mean	SD	Mean%
การเลือกประเภทอาหาร	0-42	11-39	24.64	3.96	58.67
ไขมัน	0-6	0-6	3.42	0.87	57.00
แคลเซียม	0-6	1-6	4.27	0.92	71.17
โซเดียม	0-14	1-12	7.25	1.88	51.79
ใยอาหาร	0-4	1-4	2.80	0.76	70.00
ขนมและอาหารหวาน	0-8	0-8	4.63	1.17	57.88
เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	0-4	0-4	2.23	0.99	55.75
รูปแบบการรับประทานอาหาร	0-18	1-18	12.52	2.19	69.55
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม	0-60	12- 52	37.16	5.39	61.93

4. ภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล ผลการประเมินภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 20.52 เมื่อเทียบกับดัชนีมวลกายของคนเอเชีย (Choo, 2002) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย (Kg/m^2) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 66.60 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 24.30 และมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ถึงอ้วน ร้อยละ 8.90 แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล (n = 350)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย ($\text{กก.}/\text{ม}^2$) (Mean = 20.52, SD = 2.77)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5 $\text{กก.}/\text{ม}^2$)	85	24.30
ปกติ (18.5-22.9 $\text{กก.}/\text{ม}^2$)	234	66.80
น้ำหนักเกิน (≥ 23 $\text{กก.}/\text{ม}^2$)	2	0.60
อ้วน (≥ 25 $\text{กก.}/\text{ม}^2$)	29	8.30
รวม	350	100.00

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่ออาหาร ($r=171, p<.05$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r=107, p<.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ทางโภชนาการกับภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล ($n = 350$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้ทางโภชนาการ	1				
2. ทักษะการเลือกอาหาร	.171*	1			
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	-.107*	.068	1		
4. ภาวะโภชนาการของนักศึกษา				1	
- ดัชนีมวลกาย	-.023	-.004	-.031	1	

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้ทางโภชนาการโดยรวม และทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.64 และ 72.96 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2552) และจงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ (2553) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้ทางโภชนาการ และทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารไขมันต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.11 เมื่อเทียบกับอาหารประเภทอื่น ซึ่งสัมพันธ์กับทัศนคติต่ออาหารที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่ออาหารประเภทไขมันน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.79 (จงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ, 2553; นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2552)

ส่วนคะแนนโดยรวมของพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 37.16 คะแนน (ร้อยละ 61.93 ของคะแนนเต็ม) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุกุล พลศิริ (2551) ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ดวงพร กตัญญูตานนท์ (2554) ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเป็นเพราะนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับอาหารและทัศนคติต่ออาหาร อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารแต่ละประเภทพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมหลายประเภท เช่น อาหารประเภทโซเดียม เครื่องดื่มประเภทคาเฟอีน อาหารประเภทไขมัน ขนมและอาหารหวาน คิดเป็นร้อยละ 51.79, 55.75, 57.00 และ 57.88 ซึ่งอธิบายได้ว่า นักศึกษาอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายอาจเลือกรับประทานอาหารจากสื่อโฆษณาที่สร้างแรงจูงใจสูง เช่น อาหารที่มีรสเค็มและอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า เป็นต้น นอกจากนี้นักศึกษาทั้งหมดอาศัยอยู่ที่หอพักทำให้ไม่สามารถปรุงอาหารรับประทานเอง รวมทั้งไม่มีเวลาในการประกอบอาหารเองด้วยส่วนใหญ่จึงซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือปรุงสำเร็จจากร้านค้าที่มีขายโดยรอบบริเวณหอพักของวิทยาลัย

(จงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ, 2553; ณัฐพร สุแสงรัตน์, 2556; นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2552) รวมทั้งชีวิตที่ต้องเร่งรีบทำให้นักศึกษาเลือกตัดสินใจในการรับประทานอาหารจานด่วนที่มีความสะดวกกว่า (นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2552)

2. การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 24.08 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่มีนักศึกษาบางส่วนที่ควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร และลดปริมาณอาหารลง คิดเป็นร้อยละ 27.36 นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาบางส่วนมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร ได้แก่ ท้องผูก (ร้อยละ 32.09) ท้องเสีย (ร้อยละ 27.03) และปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (ร้อยละ 22.97) อาจส่งผลทำให้นักศึกษามีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้แล้วนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยที่สนใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ มีการหลงสับสนทางเพศทำให้รูปร่างมีการเปลี่ยนแปลง เริ่มสนใจในรูปร่างใบหน้าของตนเอง บางคนไม่ได้อ้วนแต่ต้องการลดน้ำหนักหรือลดความอ้วนเพื่อให้มีรูปร่างผอมบาง จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษามีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติได้

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จนถึงอ้วนร้อยละ 8.90 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่านักศึกษามีความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับอาหารประเภทไขมันน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับความรู้เกี่ยวกับอาหารประเภทอื่น และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาร้อยละ 57.00 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทไขมันไม่เหมาะสมจึงส่งผลให้นักศึกษามีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วนได้ จากการศึกษาของจงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ (2553) พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ควรเน้นให้นักศึกษาเข้าใจผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินทั้งกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติและเสี่ยง สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษามีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการประเมินภาวะโภชนาการเป็นระยะ นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาที่ผ่านมา (นุกูล ตะบูนพงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และนิตยา ตากวิริยะนันท์, 2537; อนุกุล พลศิริ, 2551) มีข้อเสนอแนะว่าการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษานั้น ผู้เกี่ยวข้องควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาที่ปฏิบัติอยู่ เพื่อวางแผนหรือมีมาตรการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นวัยแห่งการเรียนรู้และแสวงหาค่านิยม โดยมีเพื่อนเป็นบุคคลสำคัญ นอกจากนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักอาจเป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการเรียนในระดับอุดมศึกษาอาจทำให้นักศึกษาเคร่งเครียดกับการเรียนมากเกินไป ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมลดลง หากมีพฤติกรรมการบริโภคในวัยรุ่นที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยผู้ใหญ่ได้ การที่นักศึกษายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมต่ออาหารประเภทไขมัน เครื่องดื่มประเภทคาเฟอีน อาหารประเภทไขมัน ขนมน้ำหวานและอาหารหวาน จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพในอนาคต จึงเป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการเสริมสร้างให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ดวงพร กตัญญูตานนท์, 2554)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้ทางโภชนาการกับทักษะคิดต่ออาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุกุล พลศิริ (2551) โดยผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการศึกษาความรู้ทางโภชนาการย่อมส่งผลต่อการมีทักษะคิดที่ดีต่ออาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของเมอเรย์และเซนต์เนอร์ (1993) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมไว้ว่า การมีความรู้และทักษะคิดที่ดีต่อ

อาหาร สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และส่งเสริมภาวะโภชนาการของบุคคลได้ จึงอธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้ หมายความว่า ถ้ามีความรู้ดีจะทำให้ทัศนคติต่อสิ่งนั้นก็จะดีด้วย (Zimbardo, 1997) ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ทางโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ คือ ดัชนีมวลกาย อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความรู้ทางโภชนาการ และทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกตามหลักโภชนาการ รวมทั้งสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้มีภาวะน้ำหนักเกิน ดังนั้นหากมีความรู้ทางโภชนาการและทัศนคติที่ดี จะช่วยให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (นุกูล ตะบูนพงค์ และคณะ, 2537; อนุกุล พลศิริ, 2551)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีความรู้ทางโภชนาการ และทัศนคติต่ออาหารในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ควรส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เน้นให้นักศึกษาเข้าใจผลกระทบต่อภาวะโภชนาการทั้งผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มเสี่ยงหรือมีภาวะอ้วน โดยแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการส่งเสริมด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกายและประเมินภาวะโภชนาการเป็นระยะ
2. การปฏิบัติการพยาบาล เน้นให้วัยรุ่นเห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ
3. สถานศึกษาควรมีโครงการรณรงค์หรือจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้นักศึกษามีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
4. การวิจัย ควรนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นในหน่วยงาน เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในสถานศึกษาอื่น อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2558 ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาเรื่องเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ในการตอบแบบสอบถามวิจัยทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จกมลวรรณ มุสิกทอง, อรวมน ศรียุคตศุทธ, รัตนาภรณ์ คงคา, และนาตยา แสงวิชัยภัทร. (2554). ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารการพยาบาล*, 28(3), 40-49.
- ณัฐพร สุแสงรัตน์. (2556). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งเสริมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

- ดวงพร กตัญญูตานนท์. (2554). ภาวะโภชนาการและพฤติกรรม 3 อ. ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 14 (28), 67-84.
- ถาวร มาตัน. (2553). โรคอ้วน: ภัยคุกคามสุขภาพคนไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(3), 356-365.
- นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, ดุชนิ ทศนาจันทธานี, สุมาลี กิตติภูมิ และพรรณวดี พุฒวัฒน์. (2552). ความรู้ทางทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 15(1), 48-59.
- นุกูล ตะบูนพงค์, เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 12(3), 117-126.
- เบญจา มุกตพันธ์. (2554). *โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พุททชาติ สอนจันทร์. (2550). *ความรู้ทางโภชนาการการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของครูโรงเรียนเอกชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑิลา จำปา. (2556). ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 144-157.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- อนุกุล พลศิริ. (2551). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารวิจัยรามคำแหง*, 11(1), 49-60.
- Choo, V. (2002). WHO reassesses appropriate body-mass index for Asia Population. *The Lancet*, 360(9328), 235.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation learning*. New York: McGraw-Hill.
- Murray, R.B., & Zentner, P.J. (1993). *Nursing assessment and health promotion: Strategies through the life span*. (5th ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Zimbardo, P.G. (1997). *Influencing attitude and behavior*, (2nd ed.). California: Addison Wesley Publishing.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ศุภรัฐ พูนกล้า, รป.ม.*

สุขสิน เอกา, พย.ม.**

Received : September 13, 2018

Revised : April 19, 2019

Accepted : April 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา (2) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (3) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และ (4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ถูกเลือกเข้าร่วมการวิจัยโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง

ผลการศึกษา พบว่า

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30

2. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 90 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 35.7 มีระดับความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 79.9 มีระดับ HbA1C $\geq 7\%$ ร้อยละ 62.9 มีระดับคอเลสเตอรอล < 200 mg/dl ร้อยละ 71.4 และพบว่ามีโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.7

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 33.3

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ รอบเอว ($r=.314, p=.014$) ระดับความดันซิสโตลิก ($r=.260, p=.045$) และความพึงพอใจด้านความเร็วในการบริการ ($r=.294, p=.023$) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ ความพึงพอใจด้านอุปกรณ์ในการให้บริการ ($r=-.282, p=.029$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่ช่วยลดรอบเอวและลดระดับความดันโลหิต รวมไปถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและเพิ่มความเร็วในการให้บริการร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ชุมชน

* นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำโรงโคเพชร ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

E-Mail : Jimmie_jim@windowslive.com

Factors Related to Self-Care Behavior of Diabetic Type II in Community

Supanat Poonkla, M.P.A.

Sooksin Aga, M.S.N.

Abstract

This descriptive research aimed to study (1) patients satisfaction toward services at healthcare unit services, (2) patients health status, (3) self-care behaviors, and (4) factors associated to self-care behaviors of people with type II diabetic mellitus. Simple random sampling were used to recruit 60 participants with type II diabetic mellitus whom received health care services from one health promotion hospital. Data were collected during January 2017 to December 2017 by interviewing with a structural questionnaire.

Results showed

1. 70% of participants were at the high level of satisfaction toward the services at a healthcare unit and 30% stated at moderate level.

2. Regarding to the health status, 55% did not have alcohol consumption and 90% were not into smoking. Moreover, 35.7% have body mass index at normal level, 79.9% had systolic blood pressure less than 140 mmHg, 62.9% had HBA1C $\geq 7\%$, and 71.4% had cholesterol less than 200 mg/dl. Hypertension was the most none communicable disease found among this group (81.7%).

3. 66.7% of participants stated moderate level of self-care behaviors whereas 33.3% stated high level.

4. Factors associated to self-care behaviors of people with type II diabetic mellitus were waist to hip ratio ($r = .314, p = .014$), systolic blood pressure ($r = .260, p = .045$), satisfaction toward on the service times ($r = .294, p = .023$). Factor associated with exercise behavior was satisfaction toward health care devices ($r = -.282, p = .029$).

The suggestions are that exercise intervention promoting among this group should be included exercise methods that aim for reducing waist to hip ratio and reducing hypertension. Moreover, health care agencies should be provided appropriate exercise devices and shorten the time when stakeholders submit health requests.

Keywords : Diabetic Mellitus, Self-Care Behavior, Community

บทนำ

เบาหวานเป็นปัญหาของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนทำให้เกิดการเสียชีวิตในอัตราที่ค่อนข้างสูง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (2016) สะท้อนว่า ประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถึง 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2040 จะมีประชาชนทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานถึง 642 ล้านคน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) รายงานว่า ประเทศไทยมีความชุกโรคเบาหวานร้อยละ 8.9 ในขณะที่อัตราตายจากโรคเบาหวานพบในอัตราที่ค่อนข้างสูง ในปี พ.ศ.2559 พบอัตราตาย 22.3 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 ซึ่งเป็นเขตสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก็พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลโดยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและหรืออินซูลิน รวมทั้งการให้ความรู้ในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมการกำเริบของโรค (ระดับน้ำตาลในเลือดสูง) มีผู้ป่วยร้อยละ 23.7 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้นั้น จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จนกลายเป็นภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ตาบอด/เป็นต้อจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) อาการมือชาปลายมือปลายเท้าจากเบาหวาน (Diabetic neuropathy) มีความดันโลหิตสูงและเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และรวมถึงการเกิดอาการซึมเศร้าที่นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้า (ชลวิภา สลักขณานุรักษ์, วโรตม ใจสนุก และเบญจา มุกตพันธ์, 2559) และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (จิณณพัฑฒ ธีรธิดากิตติกุล และพีรพนธ์ สือบุญธวัชชัย, 2552; อิศวร ดวงจินดา, 2558) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีการปฏิบัติตนโดยการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก (สุนทรี สุรรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครือจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ, 2559; วรรณรา ชื่นวัฒนา และนิชานาฏ สอนภักดี, 2557; ฤชญา คำลอยฟ้า, 2554; สุปรียา เสียงดัง, 2560; ลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา หิมานันโต, 2560; อนงค์ หาญสกุล และธวัชชัย ทองนำ, 2555) แต่การศึกษาเหล่านั้นเป็นการสะท้อนภาพรวม ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่นัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เป็นชุมชนของจังหวัดสุรินทร์ ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและในเชิงชาติพันธุ์กับพื้นที่อื่น ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ที่เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ โดยพื้นที่แห่งนี้เป็นพื้นที่ที่มีชนบทชนบทประเพณีแตกต่างจากพื้นที่ชุมชนอื่นๆ ได้แก่ มีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตแบบไทยเชื้อสายเขมร เป็นต้น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษา (1) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อการใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา (2) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (3) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และ (4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 288 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร คำนวณค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสัมพันธ์จากสูตร Cohen (1977) ดังนี้

$$\bar{r} = \sum N_i r_i / \sum N_i$$
$$= (223 \times 0.321) / (223) = 0.3$$

ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.3 ตามการศึกษาของบุปผาชาติ ทิงาม เยาวภา ตี้อัฐวรรณ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2555) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยการจับสลาก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่อาศัยในพื้นที่ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล (ไปทำงานนอกพื้นที่) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากวงเดือน ภาชา และคณะ (2554) และสุปรานี เพื่องฟู และคณะ (2558) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา วิธีการรักษา โรคร่วม การรักษาด้วยสมุนไพร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HBA_{1c}) ระดับคอเลสเตอรอล

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในบริการ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของวงเดือน ภาษา และคณะ (2554) แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 สอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในด้านด้านความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ ด้านอภัยภัยและความสนใจของเจ้าหน้าที่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ และด้านคุณภาพของการบริการ มี 14 ข้อคำถาม การตอบเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 และมีการแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ หากคะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 38-56 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในบริการในระดับมาก คะแนนระหว่าง 19-37 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในบริการในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในบริการในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของสุปราณี เพื่องฟู และคณะ (2558) แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 ประกอบด้วย พฤติกรรม 3 ด้าน รวม 42 ข้อ จำแนกเป็น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 20 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 10 ข้อ และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 และมีการแบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ได้คะแนนระหว่าง 113-168 คะแนน ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 57-112 คะแนน และระดับน้อย ได้คะแนนระหว่าง 0-56 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักการของการวิจัยในมนุษย์ทั้งในด้านความเท่าเทียม/ความเสมอภาค ความเป็นธรรม หลักประโยชน์ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและชุมชน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างขอออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกบันทึกชื่อ-นามสกุล ไม่ระบุสถานที่ที่ทำการวิจัย การเผยแพร่ดำเนินการนำเสนอผลการศึกษาคือเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อใช้พื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยให้ อสม.นำทางไปพบผู้ป่วยที่บ้านพร้อมกับแนะนำให้ผู้วิจัยรู้จักกับผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาวิจัย
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากอาสาสมัครวิจัย
4. เมื่ออาสาสมัครวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และตอบเป็นข้อๆ จนหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) (Munro, 2001)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

รายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	76.7
ชาย	14	23.3
อายุ (ปี)		
35 – 40 ปี	1	1.7
41 – 45 ปี	3	5.1
46 – 50 ปี	4	6.8
51 – 55 ปี	7	11.9
56 – 60 ปี	13	22.1
61 ปีขึ้นไป	32	54.4
(Min = 38, Max = 80, Mean = 61.43 , SD = 9.29)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	3.3
ประถมศึกษาตอนต้น	55	91.7
มัธยมศึกษา	3	5
สถานภาพสมรส		
โสด	4	6.7
สมรส	38	63.3
หม้าย	16	4.1
หย่าร้าง	2	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	39	65
รับราชการ	0	0
รับจ้าง	8	13.3
ค้าขาย	1	1.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	18.3
อื่นๆ	1	1.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
0 - 500	8	13.3
501 - 1,000	20	33.3
1,001 - 5,000	1	1.7
5,001 - 10,000	23	38.3
10,001 - 20,000	6	10
20,001 - 50,000	2	3.3
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		
0 - 1	5	8.5
1.1 - 2	6	10.2
2.1 - 3	8	13.6
3.1 - 4	6	10.2
4.1 - 5	6	10.2
5 ปีขึ้นไป	29	49.3
ระยะเวลาที่รักษาที่ รพ.สต. (ปี)		
0 - 1	5	8.5
1.1 - 2	6	10.2
2.1 - 3	8	13.6
3.1 - 4	6	10.2
4.1 - 5	6	10.2
5 ปีขึ้นไป	29	49.3
วิธีการรักษาในปัจจุบัน		
ยาเม็ด	19	31.7
ควบคุมอาหารและยาเม็ด	40	66.7
ควบคุมอาหาร ยาเม็ด ยาฉีด	1	1.7

2. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการหน่วยบริการสุขภาพ

จากการศึกษาความพึงพอใจในบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70 รองลงมาคือมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 30 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการในระดับน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการหน่วยบริการสุขภาพ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (38-56)	42	70
ปานกลาง (19-37)	18	30
น้อย (0-18)	0	0

เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจในการบริการของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจด้านความสะดวกรวดเร็วเท่ากับ 11.18 (SD = 1.82) มีค่าเฉลี่ยด้านเจ้าหน้าที่เท่ากับ 5.78 (SD = 1.15) มีค่าเฉลี่ยด้านอุปกรณ์เท่ากับ 5.80 (SD = 1.16) มีค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพการบริการเท่ากับ 17.53 (SD = 3.55) และมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการบริการในภาพรวม เท่ากับ 40.30 (SD = 6.13) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในแต่ละด้าน

ความพึงพอใจในการบริการ	ค่าต่ำสุด -ค่าสูงสุด	Mean	SD
โดยรวม	28-56	40.30	6.13
ด้านความสะดวกรวดเร็ว	8-16	11.18	1.82
ด้านเจ้าหน้าที่	4-8	5.78	1.15
ด้านอุปกรณ์	4-8	5.80	1.16
ด้านคุณภาพการบริการ	10-24	17.53	3.55

3. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 90 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.7 รองลงมาคือโรคไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 66.7 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเกาต์และโรคอ้วน ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 35.7 รองลงคือมีดัชนีมวลกายในช่วงอ้วนระดับ 1 ($18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 30.6 และน้อยที่สุดคือมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนระดับ 3 ($> 30 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 1.7 (Min = 13.95, Max = 33.29, Mean = 23.68, SD = 3.96) กลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ร้อยละ 64.29 และเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 76.09 (Min = 30.46, Max = 100, Mean = 83.99, SD = 10.68) สำหรับความดันโลหิต ส่วนใหญ่มีความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 79.9 (Min = 90, Max = 151, Mean = 127.96, SD = 13.45) ความดัน diastolic น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 83 (Min = 50, Max = 100, Mean = 89.60, SD = 8.99) มีระดับ HbA1C $\geq 7\%$ ร้อยละ 62.9 และมีระดับคอเลสเตอรอล $< 200 \text{ mg/dl}$ ร้อยละ 71.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	33	55
เลิกดื่มแล้ว	15	25
ดื่ม	12	20
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	54	90
เลิกสูบแล้ว	4	6.7
สูบ	2	3.3
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	49	81.7
ไขมันในเส้นเลือดสูง	40	66.7
โรคหลอดเลือดสมอง	2	3.3
อัมพฤกษ์/อัมพาต	1	1.7
เกาต์	2	3.3
ฉีดยารอยด์	2	3.3
BMI (kg/m²)		
<18.5 (น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)	7	11.9
18.5-22.9 (ปกติ)	18	30.6
23-24.9 (อ้วนระดับ1)	13	22.1
25-29.9 (อ้วนระดับ2)	21	35.7
> 30 (อ้วนระดับ3)	1	1.7
(Min =13.95, Max = 33.29, Mean = 23.68, SD = 3.96)		
รอบเอว		
เพศชาย ≤ 90 เซนติเมตร	9	64.29
เพศชาย > 90 เซนติเมตร	5	35.71
เพศหญิง ≤ 80 เซนติเมตร	11	23.91
เพศหญิง > 80 เซนติเมตร	35	76.09
(Min =30.46, Max = 100, Mean =83.99, SD = 10.68)		
ความดันโลหิต systolic (mmHg)		
< 140	47	79.9
≥ 140	13	22.1
(Min = 90, Max = 151, Mean = 127.96, SD = 13.45)		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต diastolic (mmHg)		
< 90	50	83
≥ 90	10	17
(Min = 50, Max = 100, Mean = 89.60, SD = 8.99)		
ระดับ HbA1C		
<7%	23	39.1
≥7%	37	62.9
(Min = 5, Max = 19.1, Mean = 7.42, SD = 2.05)		
ระดับคอเลสเตอรอล		
< 200 mg/dl	42	71.4
≥ 200 mg/dl	18	30.6
(Min = 124, Max = 283, Mean = 184.40, SD = 34.91)		

4. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.3 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อย ร้อยละ 0 คะแนนรวมต่ำสุด 84 คะแนน คะแนนสูงสุด 134 คะแนน ค่าเฉลี่ย 107.65 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.80 ดังตารางที่ 5

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มาก (113-168)	40	66.7
ปานกลาง (57-112)	20	33.3
น้อย (0-56)	0	0

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 57.28 (SD = 4.95) มีค่าเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 26.58 (SD = 6.08) มีค่าเฉลี่ยด้านการผ่อนคลายความเครียดเท่ากับ 23.78 (SD = 5.98) และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม เท่ากับ 107.65 (SD = 11.80) ดังตารางที่ 6

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	ค่าต่ำสุด -ค่าสูงสุด	Mean	SD
โดยรวม	84-134	107.65	11.80
ด้านการรับประทานอาหาร	42-66	57.28	4.95
ด้านการออกกำลังกาย	12-40	26.58	6.08
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	12-36	23.78	5.98

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ($r = .006, p = .963$) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ($r = -.143, p = .275$) ดัชนีมวลกาย ($r = .140, p = .287$) รอบเอว ($r = .244, p = .061$) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($r = .099, p = .453$) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($r = -.126, p = .337$) ระดับ HbA1C ($r = -.047, p = .720$) ระดับคอเลสเตอรอล ($r = -.075, p = .570$) ความพึงพอใจในบริการภาพรวม ($r = .075, p = .568$) ความพึงพอใจในด้านความรวดเร็ว ($r = .141, p = .282$) ความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์ ($r = .011, p = .936$) ความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่ ($r = -.024, p = .857$) และความพึงพอใจในด้านคุณภาพการบริการ ($r = .068, p = .604$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	ค่าความสัมพันธ์	p-value
อายุ	.006	.963
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	-.143	.275
ดัชนีมวลกาย	.140	.287
รอบเอว	.244	.061
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	.099	.453
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	-.126	.337
ระดับ HbA1C	-.047	.720
ระดับคอเลสเตอรอล	-.075	.570
ปัจจัยด้านความพึงพอใจในบริการ		
ความพึงพอใจในบริการภาพรวม	.075	.568
ความพึงพอใจในด้านความรวดเร็ว	.141	.282
ความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์	.011	.936
ความพึงพอใจในด้านเจ้าหน้าที่	-.024	.857
ความพึงพอใจในด้านคุณภาพการบริการ	.068	.604

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ รอบเอว ($r = .314, p = .014$) ระดับความดันซิสโตลิก ($r = .260, p = .045$) และความพึงพอใจด้านความรวดเร็วในการบริการ ($r = .294, p = .023$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ ความพึงพอใจด้านอุปกรณ์ในการให้บริการ ($r = -.282, p = .029$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	ค่าความสัมพันธ์	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย		
รอบเอว	.314	.014
ระดับความดันซิสโตลิก	.260	.045
ความพึงพอใจด้านความรวดเร็ว	.294	.023
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย		
ความพึงพอใจด้านอุปกรณ์	-.282	.029

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ($\chi^2 = 2.283, p = .195$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 1.034, p = .548$) รายได้ต่อเดือน ($\chi^2 = 0.534, p = .586$) พฤติกรรมการดื่มสุรา ($\chi^2 = 1.212, p = .409$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($\chi^2 = .833, p = .390$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตาราง 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยใช้สถิติไคสแควร์

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง*		χ^2	P
	ปานกลาง n(%)	มาก n(%)		
เพศ**				
หญิง	33 (71.7%)	13 (28.3%)	2.283	.195
ชาย	7 (50%)	7 (50%)		
ระดับการศึกษา**				
ไม่ได้เรียน	2 (100%)	0 (0%)	1.034	.548
เรียน	38 (65.5%)	20 (34.5%)		
รายได้ต่อเดือน				
< 5,000	18 (2.1%)	11 (37.9%)	0.534	.586
> 5,001	22 (71%)	9 (29%)		
พฤติกรรมการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	20 (60.6%)	13 (39.4%)	1.212	.409
ดื่ม	20 (74.1%)	7 (25.9%)		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่**				
ไม่สูบ	37 (68.5%)	17 (31.5%)	0.833	.390
สูบ	3 (50%)	3 (50%)		

หมายเหตุ * ไม่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับน้อย, ** ทดสอบด้วย fisher's Exact test

อภิปรายผลงานวิจัย

จากการศึกษาความพึงพอใจในบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับในระดับมาก ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับบริการทางสุขภาพที่รวดเร็ว บุคลากรที่ให้บริการมีความรู้และคุณภาพในการให้บริการอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพมีความเหมาะสมและคุณภาพของการให้การดูแลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรเพชรศรีตระกูลบุญเนตร (2560) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ซึ่งพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมากเช่นกัน

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจะพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย (ศุภชัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต รอบเอวและระดับคอเลสเตอรอลที่ปกติ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่ยาวนาน ได้รับการให้คำแนะนำทางสุขภาพที่เหมาะสม จึงทำให้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างเป็นปกติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (สุปรียาเสียงดัง, 2560) และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ HbA1C $\geq 7\%$ ซึ่งหมายถึงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน 3 เดือนได้ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุสุมา กังหลี (2557) ที่พบว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าเพศชาย และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการควบคุมอาหารและการรับประทานยา ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีในระดับปานกลางเป็นพื้นฐาน และผลงานวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของภานุมาศ ไกรสัยและวลัยนารี พรมลา (2560) ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ หาญสกุลและธวัชชัย ทองนำ (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.47 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัชรินทร์ ภูมาและรุ่งนภา จันทรา (2558) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตรองหัก จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางเช่นกัน

ผลงานวิจัยยังพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านรอบเอว ($r = .314, p = .014$) ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกาย ช่วยลดความยาวรอบเอวได้ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้รอบเอวมีปกติ จึงทำให้ปัจจัยด้านรอบเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bigdeli et al. (2016) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า รอบเอวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยด้านระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($r = .260, p = .045$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตที่ปกติ เกิดการรับรู้ระดับความดันโลหิตของตนเอง เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดีของตนเอง จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในทางที่ดี (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศีลาวงศ์ สุวรรณภูมิ, 2559) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตปกติจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในทางที่ดีร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรพลย์ ลองแปลงและคณะ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ และ 3) ปัจจัยด้านความพึงพอใจด้านความรวดเร็วในการบริการ ($r = .294, p = .023$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกิดการเข้าถึงในบริการที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการด้านความรวดเร็วในการให้บริการจนนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี สุรัตน์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด คือปัจจัยด้านความพึงพอใจด้านอุปกรณ์ในการให้บริการ ($r = -.282, p = .029$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการด้วยอุปกรณ์ในการดูแลโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุขที่มากพอ เกิดการสนับสนุนด้านสิ่งของ ซึ่งนำมาสู่การให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพุฒสมพงษ์ วิไล (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $<.01$

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

ควรมีการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่ช่วยลดรอบเอวและลดระดับความดันโลหิต รวมไปถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 17(1), 17-30.
- กฤษมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 256-268.
- จิณณพัฑ ธีรภักดิ์กุล และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2552). คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(2), 185-196.

- ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์, วโรตม ใจสนุก และเบญจา มุกตพันธุ์. (2559). ความสัมพันธ์ของภาวะซีมีเคร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลนำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 34-46.
- ชัชรินทร์ ภูเมาะ และรุ่งนภา จันทรา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตราะหัก จังหวัดปัตตานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 85-99
- เนตรเพชรธรรมี ตระกูลบุญเนตร. (2560). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลสมเด็จย่า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 64-74.
- พุดสมพงษ์ วิไล. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรพลย์ ลองแปลง, นงนุช โอบะ และชมนาด วรรณพรศิริ. (2554). ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 12-22.
- บุปผาชาติ ทิงาม, เยวภา ตี้อัสสุวรรณ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโนนม่วง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(3), 127-134.
- ภาณุมาศ ไกรสัย และวลัยนารี พรหมลา. (2560). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารบัณฑิตศาสตร์*, 15(2), 101-110
- วรรณรา ชื่นวัฒนาและณิชาภา สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่ปาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 163-170.
- วงเดือน ภาขา, สุชัยญา เบญจพัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1), 31-41.
- ลักขณา พงษ์ภุมมา และศุภรา หิमानันโต. (2560). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 20(40), 67-76.
- สุปราณี เพ็ญพุ่ม, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2558). ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารโดยใช้หลักอาหารแลกเปลี่ยนต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 3(1), 34-49.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สุนทร สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครือจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 297 – 307.

- สุปรียา เสียงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191-204.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- อิศวร ดวงจินดา. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1118-1126.
- อนงค์ หาญสกุล และรัชชัย ทองนำ. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(พิเศษ), 243-252.
- อ้อมใจ แท้เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภู. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 9(2), 331-338.
- Bigdeli, M.A., Hashemi Nazari, S.S., Khodakarimn S., & Brodati, H. (2016). Factors affect the self care in patient eith typell diabetic using path analysis. *Tranian Journal of health science*, 4(3), 10-21.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Munro, B.H. (2001). *Statistical method for health research* (4th ed.). New York: Lippincott.
- World Health Organization. (2016). *World Health Statistics 2012*: Geneva: World Health Organization. Retrieved from :http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/201

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร

พงศยา ตราชูณิตย์*
ทวีศักดิ์ กลีผล **, จริยาวัตร คมพยัคฆ์***

Received : October 24, 2018

Revised : January 23, 2019

Accepted : January 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 กรุงเทพมหานคร ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2561 จำนวน 401 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความง่ายต่อการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต สัมพันธภาพในครอบครัวและพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความง่ายต่อการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต เท่ากับ 0.95, 0.83, 1 และ 1 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่นจากแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.926 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์เชิงอ้างอิง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงถดถอยแบบพหุคูณด้วยวิธี Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.1 และพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่าง คือระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ ($\beta = 0.289, p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 8.3 ($R^2 = 0.083$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4
เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 กรุงเทพมหานคร

* มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศ นครปฐม : E-mail: p.trachunit@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** รองศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Predictors of Risk Behavior for Internet Addiction Among Grade 10 Students of The Secondary Educational Service Area Office 2, Bangkok

Pongsaya Trachunit^{*}
Taweesak Kasiphol^{**}, Jariyawat Kompayak^{***}

Abstract

This research is a survey research. The purpose of this study was to determine the predictors of risk behavior for internet addiction among grade 10 students of the Secondary Educational Service Area Office 2, Bangkok. The samples were composed of 401 grade 10 students of the Secondary Educational Service Area Office 2, Bangkok. And the duration is from July 2018 to August 2018. The data were collected by using questionnaires. The validity of instruments were verified by 3 experts. The scores of Personal Data Questionnaire, Internet Access Questionnaire, Family Relationship Questionnaire and Internet Addiction Test (IAT) are 0.95, 0.83, 1 and 1 respectively. The score for reliability of the questionnaire was 0.926. The data of research were analyzed by using descriptive statistics, inferential statistics, Pearson's product movement correlation and multiple regression by stepwise method.

The results showed that the risk behavior for internet addiction was low (66.1%) and the factor that significantly determined the predictors of risk behavior for internet addiction was weekly duration of internet use ($\beta = 0.289$, $p < 0.05$) and could explain 8.3% ($R^2 = 0.083$) the variance of risk behavior for internet addiction statistically significantly at 0.05 level.

Keywords: Predictor, Risk behavior for internet addiction, Grade 10 students of the Secondary Educational Service Area Office 2, Bangkok

^{*} Master of Nursing Science, Huachiew Chalermprakiet University : E-mail: p.trachunit@gmail.com

^{**} Asst. Prof. of Nursing Science, Huachiew Chalermprakiet University

^{***} Assoc. Prof. of Nursing Science, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

สืบเนื่องมาจากโลกมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางสารสนเทศอย่างรวดเร็วและเป็นยุคของดิจิทัล และเทคโนโลยีทำให้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงเกิดระบบการสื่อสาร และเกิดการสื่อสารระบบอินเทอร์เน็ตขึ้น ด้วยการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ง่ายและรวดเร็ว จึงทำให้จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น และผลจากการสำรวจพบว่าจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลก ณ เดือนมิถุนายน 2559 มีจำนวนมากกว่า 3,600 ล้านคน ซึ่งทวีปเอเชียมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดคือ 49.6% หรือประมาณ 1,700 ล้านคน และประเทศจีนครองอันดับหนึ่งผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดประมาณ 721 ล้านคน ส่วนของประเทศไทยเป็นอันดับที่ 9 ในทวีปเอเชีย ซึ่งมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นจำนวน 41 ล้านคน (Internet World Stats, 2016)

จากสถิติการใช้งานอินเทอร์เน็ตเป็นเวลาเฉลี่ย 83.7 นาทีต่อวันต่อคน (อริยะ พนมยงค์, 2558) พบว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้งานด้วยซึ่งอาจส่งผลทางตรงและทางอ้อมหากผู้ใช้งานใช้อย่างไม่เหมาะสม กล่าวคือใช้งานในปริมาณที่มากเกินไป ปัญหาที่พบได้บ่อยมีอาการเกี่ยวกับตาและการมองเห็น เช่นปวดตา แสบตา ตามัว ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบ่า ไหล่ และคอ และบ่อยครั้งที่อาจจะมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย (อนุเทพ ภาสุระ, 2558) นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย เช่น พฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์ที่ก้าวร้าว พฤติกรรมแข่งกระด้าง พฤติกรรมซึมเศร้า และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมอีกเช่นกัน ตัวอย่างเช่น เกิดจากการพูดคุยหรือทำกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง รวมถึงปฏิเสธที่จะร่วมกิจกรรมกับครอบครัว (ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์, 2557)

ระบบสื่อสารโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการทำงาน การสื่อสาร รวมถึงเพื่อความบันเทิง จนเหมือนเป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงบริการนี้และเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตเหมือนเป็นการเสพติด (ทินกร อุ่นจิตติ, 2557) แต่การใช้งานอินเทอร์เน็ตในปริมาณที่มากเกินไป ประมาณวันละ 4-5 ชั่วโมง จนทำให้เกิดความเสียหายกับชีวิต การเรียน หน้าที่การงาน และครอบครัว จนไม่สามารถควบคุมได้ เรียกพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในปริมาณที่มากเกินไปว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction) การใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตมากกว่าที่ตั้งใจ ใช้งานบ่อยครั้ง การหยุดใช้งานไม่ได้ การขาดสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และการมีอาการหงุดหงิดเมื่อไม่ได้ใช้สังคมออนไลน์ ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ดร.คิมเบอร์ลี เอส. ยัง (1999) นักจิตวิทยา กล่าวว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ตมีลักษณะพื้นฐานเหมือนกับการเสพติดการพนัน และได้มีการพัฒนาทำแบบสอบถามไว้เพื่อประเมินการเสพติดอินเทอร์เน็ตอีกด้วย

ซึ่งในปัจจุบันพบมากในเด็กและเยาวชน (อรวรรณ วงศ์แก้วโพธิ์ทอง, 2554) และพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 12 ปี มารักษาผลกระทบจากการติดอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุมาจากการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านแท็บเล็ตหรือโทรศัพท์มือถือเป็นเวลานาน และงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าผู้ติดอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่เป็นเยาวชนซึ่งเยาวชนเกือบครึ่งยอมรับว่าตนเอง “ติดอินเทอร์เน็ต” โดย 80.6% ใช้พูดคุย หรือ Chat โดยเป็นเยาวชนอายุ 15-17 ปี ถึงร้อยละ 38.7 (ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, 2556)

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ตมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว การอาศัยอยู่ร่วมกันของบิดามารดา ด้านสังคม บุคลิกภาพด้านอารมณ์และบุคลิกภาพด้านพฤติกรรม ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ต (รวีกรานต์ นันทเวช, 2551) ดังที่กล่าวมาจะเห็นว่าระบบการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตเข้าไปแทรกซึมในทุกๆ แห่ง จึงทำให้บุคคลในสังคมติดการใช้อินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นเยาวชนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาท และมีอิทธิพลต่อการค้นหาตนเองเป็นอย่างยิ่งทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางที่มีความต้องการค้นหาตนเอง มีสังคมเพื่อน มีความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนและต้องการก้าวให้ทันกับสมัยนิยม ซึ่งโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ถือว่าเป็นเขตชั้นในที่มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก มีทั้งห้างสรรพสินค้า และโรงพยาบาลอยู่ใกล้เขตโรงเรียน สิ่งแวดล้อมเหล่านี้เอง สามารถส่งผลต่อเรื่องค่านิยมในการก้าวทันกับเทคโนโลยี และสังคมที่ทันสมัย ซึ่งสิ่งแวดล้อมเหล่านี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตขึ้นได้

จากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เทียบเคียงได้กับแนวคิดการวิเคราะห์รูปแบบของกรอบพฤติกรรมที่เรียกว่า PRECEDE Model มาเป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factors) กล่าวคือมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล โดยที่ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ การแสดงออกของพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม ปัจจัยเอื้อ เป็นลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม หรือทรัพยากรที่ทำให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริม คือสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคล แล้วพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงที่จะมีผลต่อสุขภาพ อีกทั้งผู้วิจัยวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตน้อยมาก ทำให้ผลลัพธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมายังมีข้อสงสัย โดยเฉพาะปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาช่องว่างเพิ่มเติมในเรื่องของปัจจัยทำนายที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจหาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยนำแนวคิดของ PRECEDE-Model มาเป็นกรอบในการศึกษากับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) เพื่อศึกษาหาพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 18,632 คน จากทั้งหมด 52 โรงเรียน แบ่งตามขนาดโรงเรียน ประกอบด้วย ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษ จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย อย่างละ 1 โรงเรียน นำรายชื่อจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาทำการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 401 คน ทำการคำนวณหาช่วงของการสุ่มโดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 401 คน จากการคำนวณจะได้ค่าของการสุ่ม (Sampling Interval) เท่ากับ 1 โดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (i) เท่ากับ 2.73 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ โรงเรียนขนาดใหญ่ โรงเรียนขนาดกลาง และโรงเรียนขนาดเล็ก เท่ากับ 255, 69, 66 และ 33 ตามลำดับ ระยะเวลาระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อโรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่กับครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนิติพงษ์ ศรีระพันธ์ (2552) มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และให้เติมคำตอบในช่องว่าง คือระยะเวลาการใช้งานระหว่างวัน ความถี่ และระยะเวลาการเข้าใช้งาน จำนวน 2 ข้อ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ พรทิพย์ ร่มนุ่น (2550) เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 1 โดยมีข้อถามดังนี้คือ

เป็นประจำ	หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นประจำ
พอสมควร	หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวบ่อยครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวบางครั้ง
และไม่เคย	หมายถึง ไม่มีสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของไชยรัตน์ บุตรพรหม (2545) ซึ่งแปลมาจาก ดร.คิมเบอร์รี่ เอส ยัง (1999) ซึ่งแบ่งเป็น ระดับน้อย ปานกลาง และสูง โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามเรื่องพฤติกรรมกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต จากคำถามสูงที่สุดเต็ม 100 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 1 โดยแบบสอบถามให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|----------------------|
| 0 | หมายถึง ไม่เคย |
| 1 | หมายถึง น้อยครั้ง |
| 2 | หมายถึง บางครั้ง |
| 3 | หมายถึง บ่อยครั้ง |
| 4 | หมายถึง บ่อยครั้งมาก |
| 5 | หมายถึง มากที่สุด |

วัดและประเมินระดับการติดอินเทอร์เน็ต แบ่งเป็น

- | | |
|--------------|--|
| ระดับน้อย | คือ คะแนนรวมเท่ากับ 20 – 49 สามารถควบคุมตัวเองในการใช้อินเทอร์เน็ตได้ |
| ระดับปานกลาง | คือ คะแนนรวมเท่ากับ 50 – 79 เริ่มมีปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป เสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ตได้ |
| ระดับสูง | คือ คะแนนรวมเท่ากับ 80 – 100 มีพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตในระดับสูง ควรหาทางแก้ไข |

ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยได้ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ความง่ายต่อการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต เท่ากับ 0.95, 0.83, 1 และ 1 ตามลำดับ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.978 แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตเท่ากับ 0.925 แบบสอบถามในภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.926

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและจริยธรรมการวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ออกสารรับรองการวิจัย เลขที่ อ.688/2561 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละโรงเรียน เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ถูกวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีอิสระในการเลือกที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และยกเลิกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยปกปิด ชื่อ-นามสกุล และการใช้รหัสประจำตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยแทนการใช้ชื่อจริงในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ตามแบบฟอร์มหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) ทั้งกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนถึงเก็บข้อมูลได้ โดยใช้ช่วงเวลาชั่วโมงอิสระ เพื่อเข้าไปชี้แจง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถาม จากนั้นจึงเริ่มแจกแบบสอบถาม ก่อนส่งคืนและตรวจสอบความสมบูรณ์

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2561

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลด้านลักษณะประชากร จำแนกตามปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษา (เกรดเฉลี่ย) การอาศัยอยู่กับครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความง่ายต่อการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ทำการวิเคราะห์ด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

วิเคราะห์สถิติวิเคราะห์เชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Movement Correlation) ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression) แบบพหุคูณ (Stepwise)

ในการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ และต้องวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง และระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระด้วยกันเองหรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น เพื่อขจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเส้น ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองห้ามอยู่ในระดับสูง คือ ค่า $r = 0.70$ ขึ้นไป โดยเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่า $r < 0.70$ เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันในระดับที่ไม่สูงเกินไป ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรอิสระแต่ละตัวสามารถบ่งชี้หรือทำนายปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตได้อย่างชัดเจน โดยไม่เป็นผลหรือได้รับอิทธิพลจากตัวแปรอิสระด้วยกันเอง แต่หากตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันสูง ($r \geq 0.70$) หมายความว่า ตัวแปรเหล่านั้นมีลักษณะร่วมซึ่งกันและกันมากจนอาจเป็นตัวแปรเดียวกันได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเองหรือมีความสัมพันธ์กันในระดับที่ไม่สูงเกินไปทั้งหมด ($r < 0.70$) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าห้ามปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ดังนั้น ตัวแปรอิสระทุกตัวสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร โดยไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร พบว่าตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร คือ ระยะเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

($r = 0.289$, $p < 0.05$) ส่วนตัวแปรอิสระที่เหลืออีก 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง ต่อวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร มีอายุ 15 ปี ร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 มีผลการเรียนระหว่าง 2.50-2.99 ร้อยละ 33.2 พักอาศัยกับบิดาและมารดา ร้อยละ 64.8 สถานภาพครอบครัวบิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.3 ได้รับค่าใช้จ่ายต่อวัน 100 บาท ร้อยละ 44.4 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับส่วนใหญ่เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 58.9

2. ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่าง ใช้อินเทอร์เน็ตที่บ้านที่ตนเองอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 85.3 การใช้อินเทอร์เน็ตในวันธรรมดา ใช้งานมากกว่า 3 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 40.6 ช่วงเวลา 16.01-22.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 84.8 ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตในวันหยุด ใช้งานมากกว่า 9 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 44.6 โดยใช้งานในช่วงเวลา 16.01-22.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 72.3

3. สัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 1.82$, $SD = 0.44$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สมาชิกในครอบครัวของนักเรียนดูแลเอาใจใส่นักเรียน ($M = 2.55$, $SD = 0.63$) รองลงมาคือ นักเรียนช่วยเหลืองานบ้านผู้ปกครอง ($M = 2.17$, $SD = 0.72$) ครอบครัวของนักเรียนมีการรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน ($M = 2.16$, $SD = 0.84$) ผู้ปกครองของนักเรียนให้ค่าปรึกษาในเวลาที่นักเรียนมีปัญหา ($M = 2.13$, $SD = 0.86$) หลังจากเลิกเรียนนักเรียนจะอยู่พร้อมหน้ากันกับสมาชิกในครอบครัว ($M = 2.02$, $SD = 0.86$)

4. พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ติดอินเทอร์เน็ตในระดับน้อย กล่าวคือยังสามารถควบคุมตัวเองในการใช้อินเทอร์เน็ตได้ คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมาคือ ติดอินเทอร์เน็ตในระดับปานกลาง กล่าวคือ เริ่มมีปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป เสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ตในระดับสูง ควรลดระยะเวลาในการใช้ให้น้อยลง คิดเป็นร้อยละ 33.2 ส่วนกลุ่มที่ติดอินเทอร์เน็ตในระดับสูง ซึ่งควรหาทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีเพียงร้อยละ 0.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ (ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2

กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการติดอินเทอร์เน็ต) ($n = 401$)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	265	66.1
ระดับปานกลาง	133	33.2
ระดับสูง	3	0.7

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตเป็นรายข้อ พบว่าประเด็นที่มีค่าคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ นำเรื่องน่าตื่นเต้นจากอินเทอร์เน็ตมาเล่าให้กับเพื่อนสนิทฟัง (67.6) รองลงมาคือ ใช้งานอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตนเองตั้งใจไว้ (66.0) ถัดมาคือ มีการคาดหวังที่จะเข้าใช้อินเทอร์เน็ตอีกครั้ง (62.6) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่โดยใช้อินเทอร์เน็ต (55.8) และหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนในชีวิตโดยใช้อินเทอร์เน็ต (55.2)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับที่ไม่สูงเกินไปทั้งหมด ($r < 0.70$) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า ห้ามปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระทั้งหมด มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ดังนั้น ตัวแปรอิสระทุกตัวสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร โดยไม่เกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร คือ ระยะเวลาที่ใช้ อินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.289, p < 0.05$) ส่วนตัวแปรอิสระที่เหลืออีก 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรตาม (ตารางที่ 2) ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ($n = 401$)

ตัวแปร	อายุ	เกรดเฉลี่ย	ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน	ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์	สัมพันธภาพในครอบครัว	พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต
อายุ	1					
เกรดเฉลี่ย	-.067	1				
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน	-.017	.024	1			
ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์	.022	.035	-.005	1		
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.115*	.057	.008	-.061	1	
พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต	-.001	.040	-.056	.289*	-.013	1

* $p < 0.05$

6. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทำนายที่เข้าสมการมีเพียงตัวแปรเดียว คือ ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ โดยสามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 8.3 ($R^2 = 0.083$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.009 หมายความว่า ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์เป็นตัวพยากรณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร หมายความว่า หากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น 0.009 หน่วย ($B = 0.009$) ทั้งนี้สามารถนำมาเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต = $35.685 + 0.009$ (ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์) และนำมาเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ได้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต = 0.289 (ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวแปรทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ด้วยวิธี Stepwise (Multiple regression analysis) ($n = 401$)

ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	β		
ค่าคงที่ (Constant)	35.685	-	23.218	0.000*
ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์	0.009	0.289	6.020	0.000*

$R = 0.289$, $R^2 = 0.083$, $F = 36.237$, $p = 0.000^*$

* $p < 0.01$

อภิปรายผล

1. การศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตในระดับน้อย ร้อยละ 66.1 ซึ่งยังควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตได้ และมีประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยในอันดับต้นๆ ได้แก่ นำเรื่องน่าตื่นเต้นจากอินเทอร์เน็ตมาเล่าให้กับเพื่อนสนิทฟัง (67.6) รองลงมาคือ ใช้งานอินเทอร์เน็ตนานกว่าที่ตนเองตั้งใจไว้ (66.0) ถัดมาคือ มีการคาดหวังที่จะเข้าใช้อินเทอร์เน็ตอีกครั้ง (62.6) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่โดยใช้อินเทอร์เน็ต (55.8) และหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนในชีวิตคุณโดยการใช้อินเทอร์เน็ต (55.2) ตามลำดับ โดยผลจากการศึกษาปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน และปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่าง

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีเพียงระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตเท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยเดียว สามารถทำนาย พฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตได้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีปัญหาในการ ใช้อินเทอร์เน็ต เนื่องมาจากการใช้อินเทอร์เน็ตกำลังมีอัตราการเติบโตจนเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิต และมี บทบาทอย่างมากในการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบัน กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงได้ง่ายจาก โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถตอบสนองความสุขและความต้องการของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ พรจิรา ปรีวัชรกุล (2559) ว่า อิทธิพลของธรรมชาติส่วนสมอง reward circuit ของวัยต่อความเสี่ยงการติดการ พนัน ซึ่งพฤติกรรมที่มาจากความชอบรางวัล (Adolescent incentive-driven behaviors) โดยสมองส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการควบคุมวงจรความสุขคือ Mesolimbic Dopamine System ซึ่งบริเวณสมองนี้จะคอยส่งข้อมูลให้ สมองประมวลผลและเลือกทางที่นำไปสู่รางวัล ส่งผลให้มีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้คนส่วนใหญ่ หมดเวลาไปกับการใช้อินเทอร์เน็ต และมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตสูงขึ้นเรื่อยๆ การใช้เวลา เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Griffiths (1995) ที่กล่าวว่าเทคโนโลยีนั้นเป็นการเสพติดทางพฤติกรรม เป็นการติดที่เกิดจากการกระทำ (Behavior Addiction) มิได้เป็นการเสพติดทางสารเคมี (Non-Chemical) เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครื่องมือ ซึ่งอาจจะเป็นในลักษณะทางเดียว (Passive) และได้เคยชี้แจงไว้ ว่า การเสพติดอินเทอร์เน็ตนั้นจัดว่าเป็นการเสพติดเทคโนโลยี (ธนิกันต์ มาฆะศิริานนท์, 2545) การติดอินเทอร์เน็ต มีลักษณะเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใกล้เคียงกับการติดเกมออนไลน์ (Internet Gaming Addiction) และสอดคล้อง กับการศึกษาของดร.คิมเบอร์รี่ ยัง (Young, 1999) ว่า พยาธิสภาพของผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากผิดปกติจะมีอาการ หมกมุ่นอยู่กับการใช้อินเทอร์เน็ต ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเวลานานขึ้น เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ไม่สามารถลดหรือ หยุดใช้อินเทอร์เน็ตได้ กระวนกระวาย ซึมเศร้า ฉุนเฉียว หรือโกรธง่ายเมื่อต้องหยุด หรือเลิกใช้อินเทอร์เน็ต ใช้ เวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าที่ตั้งใจ ซึ่งเป็นผลมาจากระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไปทั้งสิ้น อีกทั้งยัง สอดคล้องกับการศึกษาของแพง ชินพงศ์ (2559) ว่าพฤติกรรมที่เข้าข่ายต่อการติดอินเทอร์เน็ตนั้นมีเรื่องระยะเวลา ที่ใช้งานเข้ามาเป็นปัจจัยด้วย ซึ่งประกอบด้วย ใช้เวลา 4-5 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นต่อวัน ในการใช้อินเทอร์เน็ต อยู่ กับอินเทอร์เน็ตเป็นครั้งแรกตอนตื่นนอน และเป็นสิ่งสุดท้ายก่อนที่จะนอน และหยิบสมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ตขึ้นมา เช็กดูข้อความอยู่ทุกๆ 15 นาที

2. จากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เทียบเคียงได้กับแนวคิดการวิเคราะห์รูปแบบของกรอบพฤติกรรม ที่เรียกว่า PRECEDE Model มาเป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factors) กล่าวคือมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล โดย ที่ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ การแสดงออกของพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยม ปัจจัยเอื้อ เป็นลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม หรือทรัพยากรที่ทำให้เกิด พฤติกรรม และปัจจัยเสริม คือสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำ ของตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับโดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของ บุคคลแล้วพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เกี่ยวข้องมาจากการพฤติกรรมของบุคคล

3. การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้มี 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจาก

ผู้ปกครองต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทำนายที่เข้าสมการมีเพียงตัวแปรเดียว คือระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 8.3 ($R^2 = 0.083$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.009 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\beta = 0.289$, $p < 0.01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมด้านระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งผลกระทบจากการติดอินเทอร์เน็ตหรือการใช้งานอินเทอร์เน็ตการมากเกินไป อาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Dr.Kimberly S. Young (1999) ที่กล่าวถึงปัญหาจากการติดอินเทอร์เน็ต โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการเรียน 2) ปัญหาทางด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3) ปัญหาทางการเงิน 4) ปัญหาด้านการทำงาน และ 5) ปัญหาทางด้านร่างกาย นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย เช่น พฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์ที่ก้าวร้าว พฤติกรรมแข่งกระด้าง พฤติกรรมซึมเศร้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป อาจกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายในระดับชั้นต่างๆ เช่น อาจจำแนกเป็นกลุ่มประถมศึกษาตอนต้น กลุ่มประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย แล้วนำผลการวิจัยที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี ซึ่งจะได้ผลการวิจัยที่สอดคล้องหรืออาจแสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง รวมทั้งมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) สำหรับในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปอาจนำไปพัฒนารูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มากำหนดเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและออกแบบการปฏิบัติและการประเมินผลกิจกรรมการดูแลพฤติกรรมของเยาวชนในวัยเรียนมิให้เสี่ยงต่อการติดอินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) การใช้แบบประเมินในการเก็บข้อมูล ควรใช้แบบประเมินสำหรับประเมินพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ตที่ชัดเจน และควรให้คำแนะนำอย่างละเอียดในแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรควบคุมกำกับเวลาการใช้งานอินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่มากเกินไป เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต

2) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรประสานงานกับโรงเรียนและผู้ปกครองของนักเรียน เพื่อให้เกิดการดูแลป้องกัน และรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เช่น วางแผนและออกแบบตารางการใช้งานอินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่เหมาะสม ให้ความรู้กับผู้ปกครอง และนักเรียนถึงการใช้งานอินเทอร์เน็ตในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อมิให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงการติดอินเทอร์เน็ต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงเรียนพุทธจักรวิทยา โรงเรียนสุขุมวิทอุปถัมภ์ โรงเรียนมัธยมวัดธาตุทอง และโรงเรียนหอวัง ในความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล นักเรียนและผู้ปกครองทุกท่าน เป็นอย่างยิ่งที่มีส่วนร่วมให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ไชยรัตน์ บุตรพรหม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นในเขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สาขาสังคมวิทยา, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทินกร อุ่จิตติ. (2557). *เสพติดโซเชียลเน็ตเวิร์ค Social Networks Syndrome*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสื่อศิลปะและการออกแบบสื่อ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนิกันต์ มาฆะศิริภานนท์. (2545). *พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิติพงษ์ ศรีระพันธ์. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร*. ศึกษานิพนธ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม), สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พรจิรา ปรีวัชรกุล. (2559). *แกะรอยหัยกสมอง มองผลกระทบของการพนัน*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง
- พรทิพย์ ร่มนุ่น. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 2*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศึกษา, ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- แพง ชินพงศ์. (2559). 4 วิธีช่วยให้ลูกเลิกเสพติด แท็บเล็ต/สมาร์ทโฟน. สืบค้นจาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9590000044026>
- ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์. (2557). พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15 (2), 173-178.
- รวีกรานต์ นันทเวช. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ. (2556). *ชีวิตประจำวันของเยาวชนในยุคสื่อออนไลน์*. สืบค้นจาก <http://bangkokpoll.bu.ac.th>
- อนุเทพ ภาสุระ. (2558). *ปัญหาสุขภาพที่มาจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์: บทความจากสำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยบูรพา*. สืบค้นจาก http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/topic.asp?TOPIC_ID=6398

- อรรธรณ วงศ์แก้วโพธิ์ทอง. (2554). การเสพติดอินเทอร์เน็ตของชุมชนชาวออนไลน์. *วารสารนักบริหาร*, 31(3), 39-42.
- อริยะ พนมยงค์. (2558). ‘ไลน์’ เผยปี59 คนไทยใช้งานทะลุ 50 ล้าน เผยเตรียมสร้างไลน์ให้เป็นมากกว่าแอป. สืบค้นจาก <http://www.matichon.co.th/news/33885>
- Griffiths, M.D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19
- Internet world stats :Usage and population statistics*. (2016). Retrieved from <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- Young, K.S. (1999). *Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, and Treatment*. Retrieved from <http://netaddiction.com/articles/symptoms.pdf>

ผลของกระบวนการนิเทศทางการแพทย์ต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้านการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

จิตรวี เล็กอุदार *

Received : January 23, 2019

Revised : April 13, 2019

Accepted : April 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการนิเทศทางการแพทย์ต่อการบันทึกทางการแพทย์ด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำการศึกษาในประชากรที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมและแผนกสูติรีเวชกรรม จำนวน 70 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือกระบวนการนิเทศทางการแพทย์เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบตรวจสอบการบันทึกด้านการจัดการความปวด เครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและทำการทดลองใช้กับประชากรที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 70 ฉบับ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ในการวิเคราะห์การบันทึกทางการแพทย์ด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้กระบวนการนิเทศทางการแพทย์มีการบันทึกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดครอบคลุมมากขึ้นทุกกิจกรรม กิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ การบันทึกในบันทึกทางการแพทย์ และการบันทึกคะแนนความปวดที่ฟอร์มปรอท โดยการจุดลากเส้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ได้แก่ การระบุปัญหา และการระบุสาเหตุของความปวด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดกิจกรรมการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มกิจกรรมในการนิเทศในกิจกรรมอื่น

คำสำคัญ: กระบวนการนิเทศ การบันทึกทางการแพทย์ ความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปราสาท : E-mail: orange063@gmail.com

Effect of Nursing Supervision Process on Pain Management in Post-operation Patients' Records

Chitrawee Lekudakorn^{*}

Abstract

The aims of this quasi-experimental research were to determine the effects of nursing supervision process on pain management in post-operation patients' records. Samples were 70 nursing records. The research instrument was nursing supervision on pain management. Pain management was a record with data form developed by researcher. The research instrument and Pain Management Record Form were submitted to three experts and had a pilot study to determine the feasibility before being used in this study. Descriptive statistics were employed to describe the findings.

Findings were shown that the completion of records on pain management were increased in all areas. The highest increase was recorded on nurse's notes related to pain management followed by continuous records on pain score. The less increase was on problem statement and cause of pain.

The suggestions from this study were that nursing supervision should be revised regularly and should be modified in other nursing interventions.

Keywords: Nursing supervision, Nursing record, Pain

^{*} Registered Nurse, profession level, Prasart Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพสามารถใช้เพื่อการสื่อสารข้อมูลเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2557) การบันทึกทางการแพทย์เป็นการสื่อสารวิธีหนึ่งในรูปของการเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบันทึกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่มีผลต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2549) ดังเช่น การบันทึกความปวดที่เป็นภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ความปวดได้ถูกเสนอให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า (Fifth vital sign) ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินติดตามและบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสมโดย ดร.เจมส์ แคมป์เบลล์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 (Campbell, 1996)

โรงพยาบาลปราสาทเป็นโรงพยาบาลชุมชนได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และมีโรงพยาบาลลูกข่ายอีกสองโรงพยาบาลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันต้องได้รับการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง จากการสำรวจข้อมูลโดยการสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องการจัดการความปวดและไม่เคยเข้ารับการอบรมในด้านการบันทึกทางการแพทย์ จากการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังพบว่าในฟอร์มปรอทที่ใช้ในปัจจุบันไม่มีช่องในการบันทึกคะแนนความปวด ซึ่งเคยมีหลักฐานว่ามีแบบบันทึกแต่ไม่ได้มีการใช้บันทึกเรื่องการปวด ประกอบกับยังใช้แบบบันทึกเดิมซึ่งข้อมูลการบันทึกไม่ครอบคลุม ในส่วนของการบันทึกในแฟ้มประวัติพบว่าไม่มีการบันทึกในฟอร์มปรอท การบันทึกในบันทึกทางการแพทย์พบว่าการประเมินความปวด มีการบันทึกการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 15 สอดคล้องกับข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าบุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญของการจัดการความปวด และคิดว่าที่ทำไม่ได้เพราะภาระงานในหอผู้ป่วยมีมาก ด้านความรู้พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยร้อยละ 75 สามารถประเมินความปวดในรูปแบบ Numeric Rating Scale ได้ ไม่มีประสบการณ์ในการลงบันทึกความปวด และการจัดการความปวดที่เหมาะสมในบันทึกทางการแพทย์ อีกทั้งยังไม่เคยเข้ารับการอบรมในเรื่องของความปวด

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเอกสารพบว่าโรงพยาบาลยังไม่มีระเบียบปฏิบัติในการประเมินและจัดการความปวดที่เหมาะสม ยังใช้ฟอร์มปรอทแบบเดิมทำให้ไม่มีข้อมูลการบันทึกอาการปวดในฟอร์มปรอทรูปแบบใหม่ ซึ่งมีช่องบันทึกคะแนนความปวด จากการวิเคราะห์เอกสารพบว่าการจุดในฟอร์มปรอทอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 36.8 ในส่วนของการบันทึกตำแหน่ง สาเหตุของความปวด ร้อยละ 100 ในส่วนของการบันทึกทางการแพทย์สมบูรณ์เพียงร้อยละ 5.3 ในส่วนของแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดในหน่วยงานที่ทุกหน่วยงานได้มีสำเนาเก็บไว้ในหน่วยงาน จากการสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพบว่าพยาบาลไม่ได้เปิดดูระเบียบปฏิบัติดังกล่าว โดยให้ความคิดเห็นที่สามารถปฏิบัติตามได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นโรงพยาบาลได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดและการบันทึกทางการแพทย์ให้กับพยาบาลทุกคน ผลการอบรมพบว่าพยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นทุกคน แต่ยังไม่ได้มีการติดตามการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานภายหลังการอบรม

การนิเทศทางการแพทย์มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการตามเป้าหมายของนโยบายองค์กร สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนา

คุณภาพบริการ ประเมิน และควบคุมคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ประเมินสถานการณ์ เพื่อวิเคราะห์ และวางแผนการพัฒนางานองค์การให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (รัชตวรรณ ศรีตระกูล, 2558) การนิเทศทางการพยาบาลยังส่งผลต่อความรู้ของผู้ปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการนิเทศ มีการเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ ให้ความรู้ด้วยการอบรม มีการทดลองฝึกปฏิบัติ มีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้คำปรึกษาช่วยเหลือหรือให้กำลังใจ ทำให้ผู้ได้รับการนิเทศมีการพัฒนาตนเองด้านความรู้และทักษะ โดยเฉพาะการตรวจสอบการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลที่ต้องให้คำแนะนำการลงมือบันทึกให้ดูเป็นตัวอย่าง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหอผู้ป่วย (ผ่องศรี สุพรรณพ่าย, พรทิพย์ สุขอดิศัย และกรรณิกา อำพน, 2556) จากความสำคัญของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลดังกล่าวร่วมกับข้อจำกัดด้านการบันทึกทางการพยาบาล ด้านการจัดการความปวด จึงควรได้มีการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อให้มีการติดตามผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยติดตามจากการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวด ผลจากการศึกษาจะทำให้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีเครื่องมือในการจัดการความปวดพร้อมลงบันทึกได้อย่างเหมาะสมและสามารถพัฒนาสู่การพยาบาลในประเด็นอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบไปด้วย การบันทึกเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจุดในฟอร์มพรอท การระบุตำแหน่งปวด การระบุสาเหตุ การบันทึกปัญหา การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental with one group pretest-posttest design) มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในของ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมและแผนกสูติรีเวชกรรม ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน (จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 p(1-p)}{e^2}$$

แทนค่า โดยใช้ค่าสัดส่วนที่ได้จากการทดลองใช้กระบวนการนิเทศโดยกำหนดค่า p จากการบันทึกการจัดการความปวดที่มีการบันทึกเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้ p=.64 กำหนดค่า e เท่ากับร้อยละ 20 ของ ค่า p ได้ค่า e=.128

$$n = \frac{1.96^2 (.64)(.36)}{.128^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 54 เพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการความปวดจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกแผนกละร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 70 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบไปด้วย กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล มีขั้นตอนการพัฒนาดังต่อไปนี้

1.1 ทำการศึกษาวิเคราะห์สภาพการบันทึกการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และประเมินความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีการบันทึกข้อมูลเรื่องการจัดการความปวด โดยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 7 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความปวด และการบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความปวด รวมทั้งศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 นำผลการศึกษาจาก 1.1 มาพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล เนื้อหาของแนวปฏิบัติเชื่อมโยงเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินความปวดแบบต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องมีการประเมินความปวด ระยะเวลาที่ต้องมีการประเมินความปวด การบันทึกในเวชระเบียนเกี่ยวกับคะแนนความปวดและการจัดการความปวด โดยชี้แจงแก่หัวหน้างานและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ การประเมินความปวดกำหนดให้ทดลองใช้รูปแบบประเมินแบบตัวเลข (Numeric Scale) โดยระยะเวลาการประเมินความปวด เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่งให้ประเมิน 1 ครั้ง แล้วบันทึกในฟอร์มปรอท ประเมินความปวดก่อนได้รับยา 1 ครั้งก่อนได้รับยาแก้ปวดตามคำสั่งแพทย์ และประเมินระดับความปวดภายหลังรับยา โดยประเมิน 15 นาทีภายหลังได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ (IV) ประเมินภายหลังได้รับยาฉีดทางกล้ามเนื้อครบ 30 นาที ภายหลังได้รับยารับประทาน (Oral) เมื่อครบ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินความปวดอย่างน้อย เวลละ 1 ครั้ง บันทึกในฟอร์มปรอท ในส่วนผู้ป่วยหลังการผ่าตัด บันทึกกระดับความปวดในฟอร์มปรอทตามเวลาที่บันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ใช้ในการกำหนดกรอบกระบวนการนิเทศติดตามการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนประกาศใช้เรื่องการจัดการความปวด: SP5 แนวปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล

1.3 จัดอบรมความรู้เรื่องการจัดการความปวด จำนวน 2 วัน โดยการเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการความปวดมาให้ความรู้เชิงวิชาการ ผลการอบรมพบว่าพยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นทุกคน

1.4 จัดทำการทำแผนในการนิเทศทางการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดพร้อมกำหนดระยะเวลาในการนิเทศ ทีมนิเทศ ประกอบด้วย แพทย์วิสัญญี จำนวน 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ท่าน ทำการนิเทศเรื่องการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย โดยกรอบในการนิเทศตามแนวทางปฏิบัติเรื่องแนวทางการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล โดยกิจกรรมหลักในการนิเทศประกอบด้วย มีรูปแบบคือ การทวนสอบความรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่หน้างาน การอภิปรายกิจกรรมการประเมินความปวด การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยพร้อมการใช้แนวทางการให้ยาแก้ปวดที่เหมาะสม และการตรวจสอบการลงบันทึกทางการพยาบาล

1.5 นำไปทดลองใช้ โดยการปฏิบัติการนิเทศตามแผนที่วางไว้

1.6 ศึกษาผลของการทดลองใช้โดยเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วย หลังการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมและแผนกสูตินรีเวชกรรม กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกิจกรรมที่ต้องบันทึก 7 กิจกรรมๆ ละ 10 ฉบับ เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วย การบันทึกเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินความปวด (ใช้, ไม่ใช้) การจุดในฟอร์มปรอท (จุดลากเส้น, จุดไม่ต่อเนื่อง, ไม่จุด) การระบุตำแหน่งปวด (ระบุ, ไม่ระบุ) การระบุสาเหตุ (ระบุ, ไม่ระบุ) การบันทึกปัญหา (บันทึก, ไม่บันทึก) การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (บันทึกสมบูรณ์, ไม่สมบูรณ์, ไม่บันทึก) และกิจกรรมการพยาบาล (ใช้ยา, ไม่ใช้ยา) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อนำเสนอผลของการทดลองใช้ พบว่าในภาพรวมทั้งหมดมีการเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยกิจกรรมที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ การบันทึกคะแนนความปวดที่ฟอร์มปรอทโดยการจุดลากเส้นอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 เป็น 77.1 และการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 5.7 เป็น 68.6 ส่วนกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนน้อยที่สุด ได้แก่ การระบุปัญหา และการระบุสาเหตุของความปวด ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 87.2 เป็นร้อยละ 95.7 ตามลำดับ

1.7 ผลการทดลองใช้พบว่า การบันทึกเรื่องการจัดการความปวดในภาพรวมมีความครอบคลุมมากขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายโดยเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาล จึงได้ทำการปรับปรุงกระบวนการนิเทศโดยเพิ่มกิจกรรมให้หัวหน้างานหรือหัวหน้ากลุ่มงานได้มีส่วนร่วมในการนิเทศ โดยหัวหน้างานหรือหัวหน้ากลุ่มงานได้รับการประชุมเพื่อทำความเข้าใจกับกระบวนการนิเทศ ได้รับการเสริมพลัง พร้อมทั้งกำหนดเวลาในการนิเทศให้ชัดเจน และให้มีการรายงานผลนิเทศทุกเดือน หลังจากนั้นนำผลที่ได้ไปปฏิบัติจริงพร้อมศึกษาผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วย การบันทึกเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินความปวด (ใช้, ไม่ใช้) การจุดในฟอร์มปรอท (จุดลากเส้น, จุดไม่ต่อเนื่อง, ไม่จุด) การระบุตำแหน่งปวด (ระบุ, ไม่ระบุ) การระบุสาเหตุ (ระบุ, ไม่ระบุ) การบันทึกปัญหา (บันทึก, ไม่บันทึก) การบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (บันทึกสมบูรณ์, ไม่สมบูรณ์, ไม่บันทึก) และกิจกรรมการพยาบาล (ใช้ยา, ไม่ใช้ยา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาล (เลขที่ PSH REC No.003/2561) ก่อนเริ่มดำเนินการทดลองใช้ โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงทุกกลุ่มงาน และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลในข้อมูลในขณะผู้นิเทศทางการพยาบาลเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วย ทั้งนี้การตรวจสอบการบันทึกจะไม่มีการบันทึกชื่อผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อวิเคราะห์ผลของกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น หอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งมีศัลยแพทย์ 1 ท่าน การผ่าตัดส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 84.67 ซึ่งจะมีการสั่งยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดเป็น Pethidine ซึ่งให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 6 ชั่วโมง ทุกราย ส่วนผู้ป่วย cholecystectomy คิดเป็นร้อยละ 1.24 มียาแก้ปวดที่ใช้ ได้แก่ Morphine ให้ร่วมกับสารละลายทางหลอดเลือดดำในวันแรก และในวันที่สองจะเปลี่ยนเป็น Pethidine ให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 6 ชั่วโมง ส่วนในหัตถการอื่นๆ ส่วนใหญ่แพทย์จะให้ Pethidine ให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 6 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีที่มีการทำ Spinal block จะมีการสั่งยาแก้ปวดเป็น Tramol หรือ Paracetamol

ส่วนหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม พบว่ามีสูติแพทย์ 2 ท่าน โดยสูติแพทย์คนหนึ่งที่หนึ่ง จะมีแผนการรักษาการให้ยา Pethidine ทางกล้ามเนื้อวันที่ 1 ขนาน ร่วมกับ Pethidine ทางกล้ามเนื้อเมื่อปวด และสามารถให้ได้ทุก 6 ชั่วโมง และเพิ่มยา Diclofenac 1 dose ในวันต่อมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มนี้จะได้ยาแก้ปวด จำนวน 2 ครั้ง (Pethidine 1 ขนาน และ Diclofenac 1 ขนาน) ร้อยละ 95.7 ในขณะที่สูติแพทย์คนที่ 2 จะมีคำสั่งรักษาเป็น Pethidine ให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 4 ชั่วโมง โดยให้ทางหลอดเลือดดำในวันแรก และในวันต่อมาจะสั่งรักษาเป็นร่วมกับ Pethidine ให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 4 ชั่วโมง โดยให้ทางหลอดเลือดดำ โดยคำสั่งรักษาที่เป็นคำสั่งเฉพาะวันจะมีผลถึงเวลา 06.00 น. ของวันถัดไป จำนวนครั้งของการให้ยาผู้ป่วยหลังผ่าตัดประมาณ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 88.8 ของจำนวนผู้ป่วยที่สั่งการรักษาโดยวิธีนี้ทั้งหมด ที่เหลือผู้ป่วยจะได้รับยา 1-2 ครั้ง ร้อยละ 11.2 (พบในรายที่ผ่าตัดหลัง 23.00 น.)

ภายหลังการใช้กระบวนการนิเทศทางการพยาบาลที่ให้หัวหน้างานและ/หรือหัวหน้ากลุ่มงานมีส่วนร่วมในการนิเทศร่วมกับการกำหนดตารางเวลาในการนิเทศ พบว่ามีการบันทึกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดครอบคลุมมากขึ้นทุกกิจกรรม กิจกรรมที่มีการเปลี่ยนอย่างชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ การบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 19.97) และการบันทึกคะแนนความปวดที่ฟอร์มปรอทโดยการจุดลากเส้นอย่างต่อเนื่อง (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 15.57) ส่วนกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนน้อยที่สุด ได้แก่ การระบุปัญหา และการระบุสาเหตุของความปวด (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 2.57) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของการบันทึกการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำแนกตามรายด้าน

ด้าน	ก่อนพัฒนากระบวนการนิเทศ	ทดลองใช้	หลังใช้กระบวนการนิเทศที่พัฒนาขึ้น
เครื่องมือประเมินความปวด	85.70	97.10	98.57
จุดลากเส้นอย่างต่อเนื่องในฟอร์มปรอท	12.90	77.10	92.57
ระบุตำแหน่งปวด	85.70	95.70	98.57
ระบุสาเหตุ	88.60	95.70	98.57
บันทึกปัญหา	87.20	95.70	95.70
การบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล	5.70	68.60	88.57

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่าภายหลังการใช้กระบวนการนิเทศทางการพยาบาลที่ให้หัวหน้างานและหรือหัวหน้ากลุ่มงานมีส่วนร่วมในการนิเทศร่วมกับการกำหนดตารางเวลาในการนิเทศพบว่า มีการบันทึกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดครอบคลุมมากขึ้นทุกกิจกรรม กิจกรรมที่มีการเปลี่ยนอย่างชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ การบันทึกทางการพยาบาล (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 19.97) และการบันทึกคะแนนความปวดที่ฟอร์มปรอทโดยการจุดลากเส้นอย่างต่อเนื่อง (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 15.57) ส่วนกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนน้อยที่สุด ได้แก่ การระบุปัญหา และการระบุสาเหตุของความปวด (เพิ่มขึ้นจากการทดลองใช้ร้อยละ 2.57) อาจเนื่องมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล ซึ่งในแนวปฏิบัติได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนถึงแบบบันทึกข้อมูลการจัดการความปวด ร่วมกับการที่พยาบาลได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดซึ่งสอดคล้องกับนภสร จันเพ็ชร, อัมพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดี (2556) ที่ศึกษาผลของความพึงพอใจในการจัดการความปวดโดยการพัฒนาระบบ รวมถึงการให้ความรู้ทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2552) ที่ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและมีการบันทึกเกี่ยวกับความปวดเป็นไปตามเป้าหมาย ยกเว้นในเรื่องความต่อเนื่องในการประเมินความปวด

นอกจากนั้นผลการนิเทศทางการพยาบาลพบว่าการบันทึกการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความครอบคลุมมากขึ้น ร่วมกับกระบวนการนิเทศที่ให้หัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงานมีส่วนร่วมในการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผอญู ณ พัทลุง (2559) ที่กล่าวว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญในการนิเทศการพยาบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการใช้หลักการนิเทศหน้างานเป็นกลไกในการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลครอบคลุมองค์รวม ซึ่งบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการนิเทศที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากร นอกจากนี้การบันทึกการจัดการความปวดที่ประกอบไปด้วย การประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลนั้นอาจทำให้พยาบาลที่มีความคุ้นชินกับการใช้กระบวนการพยาบาล สามารถบันทึกทางการพยาบาลได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพวงเพชร สุริยะพรหม และสุชุมาล ต้อยแก้ว (2553) ที่ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบไปด้วย การประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล และพบว่าภายหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่ดีเลยมาอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ากระบวนการนิเทศที่ให้หัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงานมีส่วนร่วมในการนิเทศได้ผลดีในการกำกับติดตามการบันทึกการจัดการความปวดที่มีการบันทึกได้ครอบคลุมมากขึ้นส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดผลดีมากขึ้นกระบวนการนิเทศควรได้ดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ควรมีการพัฒนาร่วมกับองค์กรแพทย์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะกระบวนการนิเทศต่อการบันทึกการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเท่านั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาผลของกระบวนการนิเทศต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น หญิงในระยะคลอด และควรมีศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2552). การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 15(3), 303-314.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 192-198.
- นภสร จันทเพชร, อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. สืบค้นจาก <https://www.rsu.ac.th/nurse/download/56-7.pdf>.
- ประคิน สุฉายา, วิจิตร ศรีสุพรรณ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กุลธิดา พฤติวรรณ และศรีมณา นิยมคำ. (2549). *บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิด วิธีบันทึก และการใช้ประโยชน์*. ม.ป.ท.: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ผ่องศรี สุพรรณพ่าย, พรทิพย์ สุขอดิษฐ์ และกรรณิกา อำพน. (2556). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 12-26.
- เพ็ญ ณ พัทลุง. (2559). บทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นจริงและที่คาดหวังด้านการใช้กระบวนการพยาบาล ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากร ในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 190-206.
- พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมล ต้อยแก้ว. (2553). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(2), 1-14.
- รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2558). *กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ*. ขอนแก่น: สำนักบริการการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2557). *คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- Campbell, J.N. (1996). APS 1995 Presidential address. *Pain Forum*, 5(1), 85-88.

ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

สุริยา ฟองเกิด, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*

กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม, พร.ด. (การพยาบาล)**

กนกพร นทีธนสมบัติ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)***

Received : October 24, 2018

Revised : March 15, 2019

Accepted : April 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2561 และทำการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแล จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น คือ 1) ภาวะสุขภาพ มี 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ และด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด 2) วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ หายมารับประทาน นอนพักผ่อน ทำกายบริหาร ยืดเหยียด นวดด้วยตนเอง และรับประทานอาหารเสริม ด้านจิตใจ ได้แก่ คิดบวก เข้าวัดทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ใส่บาตร ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย เมื่อมีการปะทะอารมณ์กันก็จะเดินหนี และหาคนมาดูแลแทนสักระยะ 3) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน ต้องการคนมารับฟังความรู้สึก ต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการคนมาเยี่ยมไม่ทอดทิ้งกัน การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลต้องเข้าใจถึงความหมายของภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลตนเอง และความต้องการของผู้ดูแลจึงจะทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมที่สุด

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : suriya@bnc.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

The Self-Health Care Experiences of Caregiver's Older Adult With Bedridden Patients

Suriya Fongkerd, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

Kamontip Klungtumneum, Ph.D. (Nursing)**

Kanokporn Natetanasombat, Ph.D. (Nursing Science)***

Abstract

This qualitative research aimed to investigate the self-care experiences of the caregivers of older adults with bedridden patients. The informants of this study, which were selected by purposive sampling, included 12 caregivers of older adults with bedridden patients. The data collection was carried out by in-depth interview, observation, and content analysis. The findings of this study revealed that the self-care experiences of the caregivers of elderly bedridden patients can be discussed in three aspects. The first aspect was the health status covering the physical including increasing degenerative conditions of body, pains, aches, illnesses, exhaustion, exacerbation, and the mental sides including stress and depression. The second aspect was self-health caring which included the physical and mental sides. As for the physical self-care, it was reported that the informants took care of themselves by seeking medicines for their physical conditions, rest, exercise and stretching, massaging, and partaking supplement diets. As for the mental side, the informants revealed that they enhanced their spirit with positive thinking, making merits, meditation, chanting, offering food to the monks, meeting with friends, avoiding emotional clash, and looking for someone to temporarily substitute the care giving. The third aspect was the needs with respect to health care. It was found that the informants required professionals of health care to visit their home, someone to distress from giving care for bedridden patients, and visitors to drop by so that they would not feel solitude.

Keywords: Experiences, Self Care, Caregiver's of Older Adult With Bedridden Patients

* Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner) Huachiew Chalermprakiet University

** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทุกปี (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิษฎา โรจนรักษ์, 2559) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 1.3 ล้านคน เป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย 63,000 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 398 คน ปี 2560 จำนวน 620 คน และปี 2561 จำนวน 987 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 169,037 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าจังหวัดชลบุรีมีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 8 คน ปี 2560 จำนวน 16 คน และปี 2561 จำนวน 17 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย, 2561)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่อให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น (อรุณี ขุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ อีก เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่าย ทำให้มีภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Smith et al., 2012) การศึกษาของศศิธร ธนะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ (2558) ทำการศึกษาประสบการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบแนวคิด 4 Cs และศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ Steinhäuser KE (2005) และพิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพีย (2559) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชัง วัลย์ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยติดเตียง แต่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังมีการศึกษาอยู่ค่อนข้างน้อยและเป็นการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ผู้วิจัยกำหนด ยังขาดการทำความเข้าใจในบริบทที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังไม่ตรงตามความต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ และกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประชากรอยู่ค่อนข้างหนาแน่น ทำให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเข้าถึงได้ยาก และการดูแลจะเน้นที่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแลที่อาจจะมีปัญหาด้วยหรือมีความต้องการที่พยาบาลยังขาดความรู้ โดยมุ่งทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้ปราศจากความทุกข์และความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ และสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลานและเหลน ซึ่งให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ เข้าใจ มีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงเพื่อไว้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัยภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบบันทึกของเบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2552)

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (EMIC-ETIC) (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแสดงความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพจากมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 หน่วยกิต 15 ชั่วโมง เมื่อปี 2550 หลังจากนั้นเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ จากสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 37 ชั่วโมง เมื่อปี 2553 และผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 8 ชั่วโมง จากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (วช.) ในการอบรมโครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ (ลูกไก่ รุ่นที่ 3) ปี 2558 ผ่านการอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 16 ชั่วโมง จากสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย เมื่อปี 2561 และมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เรื่อง การประเมินผลกระทบของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2559

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และข้อคำถามได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและความตรงเชิงภาษา นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงใน ตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึก

3) ผู้วิจัยเป็นอาจารย์นิเทศน์ศึกษาพยาบาลในชุมชนตำบลบางทราย เรียนรู้วิถีชุมชนและบริบทต่างๆของชุมชนตำบลบางทรายมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนตำบลบางทรายและกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชนจนเกิดความไว้วางใจต่อกันและกัน

4) ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่ในพื้นที่ตำบลบางทรายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกครั้งผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกสะท้อนคิดความรู้สึทงของตนเองต่อการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และจดบันทึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเป็นจริงและถูกต้องมากที่สุด ดังนี้

4.1) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งใช้เทคนิคการสนทนาสรุปความ การสะท้อนคิดทงในบางช่วงของการสนทนา เพื่อตรวจสอบการตีความของผู้วิจัยให้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในระดับหนึ่ง

4.2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและจดบันทึก โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยสังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงทางสีหน้า ท่าทาง กริยาที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาให้เห็น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้วิจัยจดบันทึกทันทีที่สังเกตเห็นเพื่อป้องกันข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความจริง และในขณะเดียวกันได้จดบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง สะท้อนความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติของผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยทุกระยะทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการยืนยันข้อมูลโดยการนำประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลนากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้ทำการตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคลทั้ง 12 ราย

6) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ โดยผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้แก่ เข้าไปขณะที่ผู้ดูแลกำลังทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น การเช็ดตัว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียง ป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง ผู้วิจัยสังเกตเห็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสังเกตสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงถึงอาการเจ็บปวดหลังในขณะที่ยกตัวผู้ป่วยขึ้นทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกันกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเข้าไปในขณะที่ผู้ดูแลว่างเว้นจากการทำกิจกรรมการดูแลประจำวันในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ ในช่วงเวลานี้ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ดูแลได้สัมภาษณ์เชิงลึกถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลพร้อมกับสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ และผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลที่มีสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีความหลากหลาย ได้แก่ บ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลพร้อมเพียง มีเตียงนอนอย่างดีสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก และบ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลไม่พร้อม ผู้ป่วยต้องนอนกับพื้น แออัด อากาศไม่ถ่ายเท แล้วรวบรวมข้อมูล

จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันนำมาเปรียบเทียบกัน และผู้วิจัยยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ เป็น ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยนำ ข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายกลุ่มตามเวลา สถานที่ และบุคคล 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูล เรื่องเดียวกัน โดยผู้วิจัยสังเกตควบคู่ไปกับการซักถามพร้อมทั้งอัดเทปเสียงสัมภาษณ์ และการจดบันทึกในแต่ละ ครั้งที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึกมาเปรียบเทียบกับ พบว่าข้อมูลมีความตรงกันหลายอย่าง เช่น ข้อมูลการปวดแขนของผู้ดูแลพบว่า เวลาผู้ดูแลใช้กำลังแขนมากก็จะ ปวดและจะแสดงอาการโดยการสะบัดแขนเบาๆ และใช้วิธีการบีบนิ้วที่ปวดสักพักแล้วก็หายมาทาและค่อย ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการเก็บข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ โดยหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะ นำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยทำการตรวจสอบ ข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตและการ สัมภาษณ์ ในการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การ อาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การป้อนอาหารผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วย และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วย การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย การเตรียมสถานที่ต่างๆ สำหรับเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การบีบนิ้วด้วยตนเอง การยืด เหยียดด้วยตนเอง การทำกายบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร และยา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง แล้วนำไปแปลความเบื้องต้นแล้วไปสัมภาษณ์ข้อมูลเดิมอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความ ถูกต้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นครบถ้วนตามลักษณะ เรื่องที่ต้องการศึกษาได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความ ต้องการการดูแลสุขภาพ โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่ง ขั้นที่จะนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์

2) ทำการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ ข้อสรุปในแต่ละหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลต่อไป

3. ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการ นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือตำบล บางทรายหรือชุมชนอื่นๆ ภายใต้อำเภอและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะ ของตำบลบางทราย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูลที่มีความ หลากหลาย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่าน ได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่า ผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ และการดำเนินการวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต และการจดบันทึก ตลอดจนการสะท้อนคิดข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยผู้วิจัยกระทำทันทีที่สัมภาษณ์และสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาถ่ายทอดลงในผลการวิจัยอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง และในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ซึ่งผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พร้อมกับแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และสำเนาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

1.2 เมื่อได้รับการแจ้งผลการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติครอบครัว (Family folder) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วย และผู้ดูแลที่จะนำไปคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งผู้ดูแลแต่ละรายจะต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ และความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เป็นผู้ประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชน และขอให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยตามใบข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและมีความเหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์ตามที่ได้นัดหมายกันไว้โดยสัมภาษณ์เจาะลึกกับผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 30-60 นาที พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปเสียงสัมภาษณ์ด้วยขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่เตรียมไว้มาเป็นแนวทางในการถามคำถามนำและสัมภาษณ์อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ถ้าได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว

ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังไม่สมบูรณ์ ขาดความชัดเจนในบางประเด็น ผู้วิจัยจะทำการหารือกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสะดวกในการขอเข้าสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อผู้ดูแลยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ต่อไป ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตการทำกิจกรรมต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน และจดบันทึกข้อมูลไปพร้อมๆ กันในระหว่างที่สัมภาษณ์ด้วย โดยจะเน้นไปที่ประเด็นสำคัญๆ หรือจากขั้นตอนในการสังเกตด้วย และหลังจากที่สัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวันจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้ โดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายหลังการสัมภาษณ์ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืม และเป็นประโยชน์ในกรณีที่ข้อมูลบางส่วนยังไม่ชัดเจน ขาดความสมบูรณ์ ผู้วิจัยสามารถไปพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยทำการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำโดยไม่มีการสรุปหรือตัดแปลงข้อความใดๆ พิมพ์ลงในแผ่นข้อมูลจัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล และเขียนบันทึกลงในแบบบันทึกการถอดความและกำหนดรหัสเบื้องต้น

3. ขั้นตอนการจัดการข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูลดังนี้

หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะมีการนำข้อมูลมาจัดเรียงในแต่ละเรื่อง เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลออกมาใช้ และป้องกันการสับสนของผู้วิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่มีการจัดเรียงเรียบร้อยแล้ว นำมาบทรนวรรณกรรมหรือตรวจสอบกับทฤษฎี เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างข้อมูลกับทฤษฎี และวิเคราะห์ร่วมกัน ว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา, 2556) ดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัยโดยกำหนดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับประโยชน์เนื่องจากทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านจะเกิดความเข้าใจในบริบทของผู้ดูแลและจะตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยในการวางแผนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาโดยขอความยินยอมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ และรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.668/2561 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2561

3. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต บันทึกสะท้อนคิด ผู้วิจัยไม่รบกวนชีวิตและการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูล หรือรบกวนน้อยที่สุด โดยหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล และคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความอึดอัดใจขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และทำการนัดหมายอีกครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม และเมื่อผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการสัมภาษณ์ผู้วิจัยก็จะยุติและยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยโดยไม่บังคับผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ โดยไม่นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเปิดเผยเป็นรายบุคคลในที่สาธารณะแต่นำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และเคารพในผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่ชื่อใดที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทปและทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และไม่ตีความห่างไกลจากความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลได้อ่านข้อมูลที่ตีความแล้วว่าถูกต้องตามที่ได้สัมภาษณ์ไปหรือไม่

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้าและเขียนรายงานเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือแล้วเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยไม่นำมาเปิดเผยเพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ให้ข้อมูล รายงานผลการวิจัยในภาพรวม และยกตัวอย่างบทสัมภาษณ์โดยไม่ใส่ชื่อที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลแต่จะใส่เป็นรหัสแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี (Colaizzi's method) (Colaizzi, 1978, pp.48-91) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อ่านบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำจากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามข้อมูลนั้นๆ ผู้วิจัยใช้ปากกาขีดเน้นข้อความระบายนับตัวหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการถอดความมากำหนดรหัสเบื้องต้นซึ่งเป็นรหัสข้อมูล

2. จัดการกับรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันมารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อๆชั่วคราว โดยได้นำไปให้ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ และผู้อ่านผลจากการวิจัยสามารถตรวจสอบความตรงของรหัสกับข้อมูลดิบได้

3. เขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บอะไร จากใคร ด้วยแนวคำถามอะไร

4. นำผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมาสรุปรวบรวมอีกครั้ง เพื่อนำมาสร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว พร้อมกับทำการบันทึกเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ลึกซึ้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง

6. สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก

7. เขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน จำนวน 12 คน ซึ่งทั้ง 12 คนนี้เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน เพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 23-75 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 7 คน สถานภาพโสด จำนวน 4 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 1 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

จำนวน 4 คน มัธยมศึกษา จำนวน 4 คน ปวช./ปวส. จำนวน 3 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นภรรยา จำนวน 4 คน บุตร จำนวน 5 คน บุตรสะใภ้ จำนวน 1 คน หลาน จำนวน 1 คน เหลน จำนวน 1 คน อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 คน อาชีพรับจ้างจำนวน 3 คน ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 25,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน โรคเบาหวาน จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 คน โรคทางจิตเวช จำนวน 1 คน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-9 ปี

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ หลังจากที่ได้มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปทำให้ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้ดูแลที่ไม่เคยมีความเจ็บป่วยมาก่อน ส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วพบว่าอาการของโรคนั้นกำเริบไม่สามารถควบคุมโรคได้ และยังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม มี 2 ด้าน คือ

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่

(1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข่าเสื่อม หลังเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เข่ามันเสื่อมผ่ามาแล้วข้าง ได้ปีกว่าๆ แล้ว หมอเขาจะให้ผ่าอีกข้างแต่คงไม่ผ่าแล้วละ แต่ตอนนี้ข้างที่ยังไม่ผ่านมันปวดมากขึ้น ปวดมาก เดินๆ อยู่ก็ต้องพักลงนั่งก่อนให้หายปวดค่อยเดินต่อ" (CARE 004)

(2) การปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือขา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็เหนื่อย เหนื่อยมาก แก่ทั้งน้ำหนักตัวมาหาเรา เราก็ดึงตัวเค้าขึ้น คราวนี้แขนเราก็บปวด ปวดมากเลยนะเนี่ยมันจะไม่ไหวแล้วนะ ปวดหลังยก เพราะมันต้องยกตัวคนไข้ ยกยากคนเดียวอะ" (CARE 001)

"ปวดเมื่อยไปทั้งตัว ต้องออกแรงยกตัวเค้าคนเดียวตัวผู้ช่วยมันก็นั่นแหละ ปวดแขนมากกับปวดหลังนี้แหละ" (CARE 002)

(3) อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้ เพลีย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็จะมีไม่สบายปวดหัว เวียนหัว จะเป็นบ่อยๆ อาการร้อนมากก็ปวดหัวเวียนหัว บางทีอากาศหนาว ฝนตกก็เป็นไข้หวัด ก็เป็นตลอดค่ะเป็นบ่อย" (CARE 006)

"ต้องกลับมาดูทุกวันไม่ว่าฝนจะตกแดดจะออกก็ต้องมาเหนื่อย อดหลับอดนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เวลาพักก็ต้องรีบมาค่ะ" (CARE 008)

(4) อาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น วูบในผู้ดูแลที่มีโรคความดันโลหิตสูง และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ป้าเคยวูบไปนะไม่รู้เรื่องเลยลูกๆ เค้าก็เอาไปโรงพยาบาล พอรู้สึกตัวเค้าก็บอกว่าความดันเรามาสูงมาก ก่อนหน้านั้นมันก็ปวดๆ หัว ตาก็มัวๆ มองอะไรก็ไม่ชัดหรอก ไร่เราที่ว่ามันไม่น่าจะเป็นอะไรมาเพราะเราก็มียากิน แต่วันที่จะเป็นนี่เรารู้สึกกินยาลดความดันมา 2 วัน คือเราทำงานกับเค้าเนี่ยตลอดทั้งวันจนเรารู้สึก" (CARE 001)

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คือความเครียด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมี 3 หมวด คือ ภาระในการดูแล ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) เครียด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีความเครียดที่เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ 1) ภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้เป็นภาระในการดูแลทั้งหมดของผู้ดูแล 2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กับผู้ป่วย และ 3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ สายดูดเสมหะ แอมพูลีร่า เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1) ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแบกรับภาระต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลต่างๆภายในบ้านตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ภาระต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"...ฉันก็คอยมองอยู่ตลอดเวลา ทำห้องกระจกนอนกับหลานชายให้สามารถมองเห็นเค้าได้ตลอดถ้าเค้ามีอาการเปลี่ยนแปลง และจะได้รู้เมื่อวันนั้นมาถึง วันนั้นเกือบตายแล้ว มองไปเห็นหายใจไม่ออก ทำอีกอึกอีกอึก 2 หุ่ลมเราก็จะนอนแล้วแต่เห็นว่า เอ๊ะทำไมตาเหลือก ฉันก็เลยโทรตามลูกมาหมดทุกคนเลย และก็ให้ลูกชายมาพ่นยาเข้าจมูก อาการก็ดีขึ้น ถ้าไม่มานอนด้วยบ้านนี้ตายไปแล้วนะ..." (CARE 001)

"...ก็ต้องดูแลอย่างดี เช็ดทำความสะอาดไม่ให้มันติดเชื้อ ทุกสิ่งทุกอย่างต้องสะอาด ใส่ถุงมือทุกครั้งไม่ให้เชื้อโรคไปที่ตัวเค้าคะ เราทำตามทีหมอบที่โรงพยาบาลเขาแนะนำมาให้ ก็ต้องทำตามทีหมอบแนะนำ บางทีก็เฝ้าถามเขาคุณหมอบก็ให้ความรู้เรามาเยอะเลยเราก็ได้ความรู้จากหมอบนี่แหละ..." (CARE 003)

2.1.2) ห่วง กังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความห่วงใย และกังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จนทำให้เกิดความกลัว และเครียดในที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"...ฉันกลัวเค้าตายโดยที่เราไม่รู้ ฉันกลัว..." (CARE 001)

"...เครียดนะหมอ มันดูแลเค้าอย่างเดียวไม่ได้ไปไหนเลย อาการเค้าก็ดีขึ้นบ้างไม่ดีขึ้นบ้าง ก็กังวลใจถ้าเราไม่อยู่ออกไปข้างนอกเพื่อเค้าเป็นอะไรไปตอนไหนเราก็ไม่รู้อีก มันก็กังวลไปไหนไม่ได้..." (CARE 002)

"...เครียดเกี่ยวกับอาการของพ่อที่เราเห็นทุกวันนี้แหละ พวกเลือดที่คอของพ่อเราเอาออกไม่ค่อยเป็น ถ้าเค้าไม่ไอออกมา จะสังเกตเห็นนะถ้าเค้ามีเลือดเค้าจะตัวร้อนมีไข้ หนูกลัวเค้าตัวร้อน..." (CARE 003)

"...ก็กังวลเกี่ยวกับเค้าคะเรื่องสายสวนปัสสาวะ มันเคยตกตะกอนและติดเชื้อ มีไข้ต้องเอากันไปโรงพยาบาล เราเองก็ไม่อยากพาไปโรงพยาบาลหรอกเชื้อโรคมันเยอะ ไปกลับมาได้โรคอื่นมาอีก เราก็อยากจะทำดูแลที่บ้าน..." (CARE 007)

"...เครียดมากขึ้น ไปทำงานก็ต้องกังวลใจเป็นห่วง พักเที่ยงก็รีบกลับมาป้อนข้าวแม่ที่บ้าน ปกติเที่ยงนี้ก็จะนอนพักผ่อนที่ทำงานแต่ตอนนี้ไม่ได้พักเลย บางทีก็ไปทำงานช้าบ้าง เลิกงานก็ต้องรีบกลับ บางทีก็คิดนะกลัวเพื่อนร่วมงานเค้าจะว่าเอา..." (CARE 008)

2.1.3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ แอมพูลีร่า เป็นต้น จนเกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เยอะนะหมอ ซื้อไอนั่นซื้อไอนี้ ส่วนมากก็ซื้อแพมเพิร์สนี่แหละ วันหนึ่งใช้เยอะมาก แคแพมเพิร์สอย่างเดียวก็ตายแล้ว พอบ้างไม่พอบ้างส่วนใหญ่จะไม่พอนะ...” (CARE 001)

“...เยอะมาก แต่เราก็ประหยัด ก็มีพี่สาวของเค้าช่วยบ้างพี่สาวเค้าเป็นคนมีตังค์ ส่วนเราไม่มีรายได้ดูแลเค้าอย่างเดียวก็น่าต้องประหยัด...” (CARE 002)

ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ 1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 2) การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ คือการจัดการความเครียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหากมีการเจ็บป่วยเกิดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติและในยามที่มีความเจ็บป่วย โดยจะดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อไปได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่ตนเองมีภาวะสุขภาพปกติดีจะมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง 2 ประการ คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พบว่าในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็พยายามหาอาหารเสริมอะไรที่พอจะช่วยได้มารับประทาน...” (CARE 008)

“...หาวิธีที่ดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพของเราเช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ ของทำลายสุขภาพ จะไม่กินเลย...” (CARE 002)

1.1.2) การออกกำลังกาย พบว่าในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...วันๆ ที่ทำงานบ้านกันทุกคนช่วยกันทำให้มันได้เหงือกก็เป็นการออกกำลังกายแล้วนะ และฉันชอบออกกำลังกายชอบปั่นจักรยาน ขนาดไปโรงพยาบาลชลบุรียังปั่นจักรยานไปเลย...” (CARE 007)

“...ส่วนมากก็จะใช้เครื่องออกกำลังกายอยู่ เป็นเครื่องที่มันจะสายจะนวดพวกหลังพวกเอว มันก็ช่วยได้บ้างก็กลัวว่าตัวเองจะลืมน่วยไปอีกคนก็เลยพยายามดูแลตัวเองหน่อย ...” (CARE 008)

1.2) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นวิธีการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การหาอาหารรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง 4) การนวดด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1) การหาอาหารรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะซื้ออาหารรับประทานเองโดยไปบอกอาการที่ตนเองเป็นกับร้านขายยาในชุมชนและเภสัชก็จะจ่ายยาให้ตามการอาการที่เป็นเพื่อมาบรรเทาอาการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...กินยาแก้ปวด ตอนนี้งานเกือบทุกวันเพราะมันปวดมากจริงๆ ไม่กินมันก็ทำงานไม่ได้...” (CARE 002)

“...ก็ซื้อยาตามร้านขายยามากิน มันก็ดีขึ้นนะ ก็ค่อยๆ หายมันไม่ได้เป็นมาก...” (CARE 011)

1.2.2) การนอนพักผ่อน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะพยายามหาเวลาเพื่อพักผ่อนโดยส่วนใหญ่จะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนแล้วไปพักผ่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ต้องพักค่ะ พอมันปวดขึ้นมาปุ๊บก็หยุดพักเลย พอมันหายค่อยทำต่อ...” (CARE 004)

“...นอนหลับพักผ่อนก็หาย ถ้าไม่หายก็จะมีน้องบ้างแม่บ้างที่สลับกันมาดูแลแย่งแทน...” (CARE 006)

1.2.3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง ในช่วงที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแล้วมีอาการปวดหลังหรือตึงกล้ามเนื้อ ก็จะยืดเหยียดตนเองทันที และเวลาวางตอนผู้ป่วยหลับก็จะทำกายบริหารตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็แค่บิดตัว ยืดตัว และก็นอนพักเอนหลังหน่อยเดี๋ยวมันก็หาย...” (CARE 005)

“...ก็ยืดเหยียดตัวเองให้มันสุดตัวค่ะคือเราก็ต้องทำกายภาพตัวเองค่ะ แล้วก็ก้มให้มันสุดแล้วก็ขึ้นพอมันตึงๆ มันก็จะหายเองจ๊ะ...” (CARE 007)

1.2.4) การนวดด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำการบีบนวดตามแขนขา ท่าย่อย เพื่อคลายเส้น ให้กับตนเองเป็นประจำเวลามีอาการปวดเมื่อย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...นวดเองเท่าที่นวดได้ใช้ยานวดที่ซื้อมาจากร้านยานั่นแหละทาแล้วก็นวดเอง...” (CARE 002)

“...ก็นวดค่ะ นวดเองนี่แหละ...” (CARE 003)

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพด้านจิตใจนั้นครอบคลุมทั้งสังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้นเป็นการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ดังนั้น การดูแลสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลคือการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 1) ละวางจากการดูแล และ 2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) ละวางจากการดูแล พบว่า วิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบและออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1) นวดผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะใช้วิธีการนวดผ่อนคลาย เมื่อพบเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ตนเองเครียด เพื่อให้ตนเองคลายความเครียดได้ก็จะออกไปนวดที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็จะไปนอนนวดตลอดโดยจะนัดคิวไว้ทุกอาทิตย์ค่ะที่โรงพยาบาลชล ห้องนวดแผนไทยเรามีสิทธิประกันสังคมได้อาทิตย์ละครั้ง และก็เบิกยาสมุนไพรมาไว้ทาน...” (CARE 009)

“...ไปนวดค่ะ แต่ก็ไม่ใช่ขนาดแรงนะจะนวดแค่เบาๆ แค่อนคลายให้เราหายตึงเครียดได้...” (CARE 004)

2.1.2) เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะไปทำบุญ ใส่บาตร บางรายก็สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจมีความสงบ ผ่อนคลาย และคลายความเครียดลง โดยผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธจึงอาศัยหลักพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อันดับแรกเลยนะหมอ เราจะต้องทำให้มีจิตใจดีก่อน ฉันก็ทำสมาธิบ้าง สวดมนต์ ฟังธรรมะบ้าง เข้าๆ ฉันก็ออกไปใส่บาตรพระทุกเช้า พอจิตใจเราแข็งแรงเราก็กำลังที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย เหมือนพระท่านสอนไว้ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” มันใช่จริงๆ นะหมอ ว่ามั๊ย...” (CARE 001)

“...ทำบุญทำทานสวดมนต์แผ่เมตตาอย่าให้โรคภัยเบียดเบียน และก็ต้องดูแลสุขภาพตัวเองนะเรื่องอาหารการกินทุกอย่าง การพักผ่อนการนอน และก็ออกกำลังกายนะสำคัญร่างกายจะได้แข็งแรง...” (CARE 007)

2.1.3) ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะหาเวลาออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนเพียงแค่ช่วงเวลาหนึ่ง แล้วผู้ดูแลก็จะออกไปหาเพื่อเพื่อผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...มีวิธีผ่อนคลาย คือออกไปข้างนอกบ้างไปหาเพื่อนๆ ไปนวดผ่อนคลายที่โรงบาลชลบ่าง และก็ไปเดินกินโน่นนี่ ซื้ของ ซอปิ้งบ้าง ...” (CARE 009)

“...ฉันก็ออกไปฝากหลานให้มาเฝ้าให้ซักประเดี๋ยวนะ และฉันออกเดินออกไปซื้อของร้านค้าหน้าปากซอย ยังพอได้คุยกับคนอื่นบ้าง แต่ไปไม่นานคะ ซัก 15 นาที ก็กลับ เป็นห่วงเค้าทั้งวันไม่ได้...” (CARE 001)

2.2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมักจะมีปัญหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการปะทะอารมณ์กันบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีไปจากสถานการณ์นั้นสักพักเพื่อให้ต่างฝ่ายต่างอารมณ์เย็นลงค่อยๆ มาให้การดูแลต่อ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ทะเลาะกันเสร็จอีกสักพักหนึ่งหนูก็คุยกับยายปกติคือแบบไม่ได้ทะเลาะกันเป็นเรื่องใหญ่ ตอนทะเลาะเราใจร้อนและเราก็แยกกันก่อนพักหนึ่งพอหายโกรธเราก็คุยกันเหมือนเดิม...” (CARE 006)

“...ก็ไม่ว่าจะทำยังไง ก็เดินไปตรงอื่นซะสักพักก็หาย...” (CARE 011)

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และมาเยี่ยม ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากให้หมอมารตรวจสุขภาพ จ่ายยาที่บ้านบ้าง มีหมอนวดมานวดให้ที่บ้านบ้างก็ดีนะ...” (CARE 001)

“...บางทีเราก็อยากไปนวดนะหมอแต่มันทั้งคนป่วยไปไม่ได้ อีกอย่างถ้าไปนวดเราก็ต้องเสียตังค์ค่านวดเวลาจะไปตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลก็ไม่มี อยากให้หมอมารตรวจดูอาการเราที่บ้านบ้างนะโดยที่เราจะได้ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลแต่หมอมารหาเราที่บ้าน มาตรวจมาจ่ายยาที่บ้านเลยก็ดีนะเหมือน KFC นะส่งถึงบ้านเลย...” (CARE 002)

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และคนรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ คือ ต้องการให้เพื่อนแวะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากเล่าให้ลูกๆ ฟัง อยากมีเพื่อนๆ มาพูดคุยระบายให้เขาฟังบ้างก็ดีนะ จะได้ไม่ต้องเก็บไว้คนเดียว ถ้ามีเพื่อนมาเหมือนคุณหมอมานั่งฟังก็ดี มาบ่อยๆ นะ...” (CARE 001)

“...อยากเล่าให้ญาติๆ ฟัง อยากระบายกับเพื่อนๆ ที่เคยไปออกกำลังกายฟัง ทุกวันนี้เราเก็บความรู้สึกทุกอย่างไว้คนเดียวมันก็สะสมทุกวันนะ ก็อยากระบายบ้างแหละ...” (CARE 002)

“...ก็อยากพูดเพราะเวลาเราพูดออกมาแล้วเราสบายใจ ถ้ายิ่งเราไม่พูดรู้สึกว่ามันอัดอัด ก็พูดระบายกับลูกบ้าง นี่เหมือนคุณหมอนานี้ได้พูดได้ระบายได้เล่าให้หมอฟังนี่มันยังสบายใจขึ้นคะ อยากให้มาบ่อยๆ...” (CARE 004)

“...ก็ดีนะคะเหมือนว่าเราได้ระบายออกให้คนอื่นฟังให้คนอื่นได้รับรู้และเราก็ยังได้รับคำแนะนำดีๆ จากหมอที่ดีค่ะ...” (CARE 006)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ สามารถอภิปรายข้อค้นพบได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

1) **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย** พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงกว่าแต่ก่อน ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม การปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือขา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง อาการเจ็บปวดๆ แดๆ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้ เพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น ภูมิแพ้ที่ผิวหนังกำเริบ และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่างในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้วมักจะมีอาการกำเริบเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ไม่มีคนเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ลุวิระ (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางร่างกายที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว และการที่มักจะพบเจอบ่อยๆ คือ ปวดหลัง ปวดข้อเข่า เช่นเดียวกับ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557) พบว่า ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า และเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้นที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้าม เพราะหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลผู้ดูแลจะเจ็บป่วยมากขึ้นจนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

2) **ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ** พบว่า ผู้ดูแลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าแต่ก่อนทำให้เกิดความเครียด และซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) ตัวผู้ดูแลเอง ได้แก่ กลัวผู้ป่วยตาย ทั้งผู้ป่วยไว้คนเดียวไม่มีใครดูแล จะนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับ Bevans & Sternberg (2012) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร 2) ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีอาการหนักจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยออกไปไหนได้เลย ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลทำให้ต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่อให้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น (อรุณี ชุนหบดี ธีธารัตน์ สุภานันท์ โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไปในช่วงที่ตนไม่อยู่ จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Spence, et al., 2008) มีความกังวลในอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจึงใส่ใจให้การดูแลจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ยังมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกล้มเหลวและรู้สึกล้มเหลวทางช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลง (Jean-Philippe, Ranjit & Christopher, 2012) และ 3) ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ทำงานประจำไม่

เต็มที่ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่ารายรับ รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ อีก เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่าย ทำให้มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะยาวต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม, 2550) และผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวลถึงอนาคตข้างหน้า (Smith, Piamjariyakul, Yardrich, Ross, Gajewski, & illiam, 2012) ผู้ดูแลมักจะมีอารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับต้องพึ่งยานอนหลับและยาคลายเครียด และเข้ารักษากับจิตแพทย์ จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจากการถดถอยออกจากสังคม ขาดเพื่อน ชีวิตหมดสนุก และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับ Bevans and Sternberg (2012) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และซึมเศร้า จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะกังวล และมีภาวะซึมเศร้าสูงจนทำให้มีการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้น (Sakakibara, Kabayama, & Ito, 2015)

ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

1) การดูแลสุขภาพทางกาย พบว่าผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามหาวิธีในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ได้แก่ 1) การหายมารับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง 4) การนวดด้วยตนเอง และ 5) หาอาหารเสริมมารับประทาน ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้แก่ การขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งที่พูดคุยโดยตรงหรือสอบถามทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆ อันเป็นการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หายจากความเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีดังเดิมโดยเร็ว (สุภาพร แนวบุตร, 2558) จึงกล่าวได้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลแต่ละคนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีพลังในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว หากผู้ดูแลเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และอารมณ์ก็จะทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงลดลงด้วยเช่นกัน และถูกมองว่าเป็นตราบาป (Smith, 2000) ดังนั้นการคงสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงเป็นเรื่องจำเป็น และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี"

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ พบว่าผู้ดูแลจะทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น เพราะได้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานจะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งที่ดีขึ้นและแย่ลง ทำให้ผู้ดูแลต้องทำใจยอมรับสภาพหรือปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลมีวิธีการทำใจยอมรับสภาพได้แก่ 1) คิดบวก คือ คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ตนต้องทำเพราะว่าเป็น ภรรยาสามี พ่อ แม่ ตา ยาย ทวด ถือว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และจะดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตคือให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี 2) เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไส้บาตร 3) ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย 4) เมื่อมีการปะทะอารมณ์กันก็จะเดินหนี และ 5) หาคนมาดูแลแทนสักระยะ สอดคล้องกับ ภาวดี เหมทานนท์, สกล วรเจริญศรี, มณฑิรา จารุเพ็ง และสุวิมล กลุขกุลหาสน์ (2560) พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง คือความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองใน

ด้านดียอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีคามสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับ สุปริดา มั่นคง และคณะ (2559) กล่าวถึงบทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เราพนันบถของผู้ป่วย เช่น ชื้อสังฆทานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญ ทำบุญตักบาตรทุกเช้า ในบางรายผู้ดูแลสวดมนต์ภาวนา ทำบุญให้เจ้ากรรมนายเวรของผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งที่ทำ หรือทำแทนผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เติริยมของใส่บาตร เพื่อให้ผู้ป่วยได้บุญมากที่สุด จิตใจผู้ป่วยจะได้สงบ เช่นเดียวกับ ทรงเกียรติ เมินสุวรรณ, ชันทอง วัฒนะประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตฺตญาณ (2560) พบว่า การส่งเสริมด้วยการสร้างแรงจูงใจให้เห็นจุดหมายของการรักษาศิลเป็นแรงจูงใจด้านบวก โดยยกอาณิสสที่ก่อให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีสงบเรียบร้อยมีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต การออกไปหาเพื่อนๆ ในชุมชนละแวกใกล้ๆ บ้าน เพื่อพบปะพูดคุยให้เกิดความผ่อนคลายแม้จะเป็นเวลาเพียงเล็กน้อยก็ตาม อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลต้องการสังคมของตนเอง ได้ออกไปเจอสิ่งแวดล้อมนอกบ้านตนเองจะได้รู้สึกผ่อนคลาย และเมื่อเวลามีปัญหาผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการปะทะกัน ผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นสักพักหนึ่งค่อยกลับเข้ามาใหม่เพื่อให้ต่างฝ่ายต่างสงบลง สอดคล้องกับ สนิษฐา ขำดี, มณี อาภาพันธุ์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) พบว่าเมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยปิดปากเงียบไม่ได้แย้งหรือเถียงให้เกิดปัญหาเพิ่มอีก

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจ และให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน เพื่อต้องการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ตรวจสุขภาพที่บ้าน และช่วยดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wijngaarden et al. (2004) พบว่าความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยย่อมเกิดความคาดหวังในเรื่องต่างๆ เช่น การรักษา อาการของโรค การดูแล การช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลในปัจจุบันให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ตลอดจนมีความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยในการดูแล ต้องการกิจกรรมของสถานพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยให้มากขึ้นโดยผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Grant (1996) ระบุว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเอง

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ คือต้องการให้เพื่อนแะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2.1) ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจและให้กำลังใจ ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการให้เพื่อนและเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัว การระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาเพื่อปลดปล่อยความทุกข์ ความอัดอั้นใจต่างๆ ที่อยู่ในใจ ลงไปที่บุคคลหรือสิ่งของ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น ผู้ป่วยดื้อ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง การปรับทุกข์ ผู้ดูแลบางรายปรับตัวต่อความรู้สึกไม่ดีในใจ โดยการเล่าปรับทุกข์ต่างๆ ให้กับบุคคลที่ตนไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วย บุคคลนอกครอบครัว สอดคล้องกับไพรินทร์ พัสสุ (2555) พบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อปลดปล่อยความทุกข์หรือความรู้สึกคับข้องใจโดยพูดระบายความอัดอั้นใจต่างๆ กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ตนไว้วางใจไม่ใช่บุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างปัญหาในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และมีภาระมากขึ้น

2.2) ต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลต้องการเวลาในการพักผ่อนสักช่วงหนึ่งในแต่ละสัปดาห์เพื่อไปสังสรรค์กับเพื่อนและสมาชิกต่างๆ ในชุมชน การพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยหยุดการดูแลในระยะเวลาสั้นๆ เช่น อยู่นอกห้องผู้ป่วย ออกไปรับประทานอาหารปั่นนอกบ้านให้ผู้ป่วยเอง กลับบ้านของตัวเองในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อว่างเว้นจากการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความต้องการเหล่านี้ เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่นเดียวกับการศึกษาของอรวิธ กาญจนจารี และคณะ (2560) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรทุกระดับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสุขสบายกายสบายใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง และมีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับ สินีสุข ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) พบว่า การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสนับสนุนการดูแลมาจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ขอความช่วยเหลือจากพี่น้อง ลูกหลาน คนรู้จัก มาร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วยหรือให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนในวันที่ญาติผู้ดูแลไม่สบาย ต้องไปทำงาน บางรายมีการจ้างวานให้คนรู้จักมาช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือรับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าไฟ รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อม สำลี ผ้าก๊อชสำหรับทำแผล และรับความช่วยเหลือในการสอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยา เป็นต้น การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คนในครอบครัวผลัดกันมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น ลูก หลาน พี่ น้อง ในบางครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ จัดเวรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การจัดการในบางครั้งอยู่บนพื้นฐานของความไม่แน่นอน การพูดคุย บริหารจัดการกับคนในครอบครัวในกรณีที่การตัดสินใจของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ต้องมีการ

ประสานงาน พุดคุยกัน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดการขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ดีที่สุด (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้เป็นความรู้ในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
2. พยาบาลวิชาชีพควรใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และควรมีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในภูมิภาคอื่นด้วย เนื่องจากอาจมีบริบทที่แตกต่างกัน จะได้ทราบถึงความต้องการและปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้ และควรนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. (2550). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการวิจัยระดับชาติ (วช.)*. กรุงเทพมหานคร: สภาวิจัยแห่งชาติ.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังศรีวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิษญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.
- ไพรินทร์ พัสตุ. (2555). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี เหมทานนท์, สกล วรเจริญศรี, มณฑิรา จารุเพ็ง และสุวิมล กฤษณาสอน. (2560). มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 186-199.
- ทรงเกียรติ์ เมินสุวรรณ, ชันทอง วัฒนะประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตญาโณ. (2560). แนวทางการเสริมสร้างสันติภาพตามหลักศีล 5 ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตนครสวรรค์. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 5 (ฉบับพิเศษ), 363-376.

- เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติ๊ก และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความและการหาความหมาย*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. (2561). *รายงานสถิติผู้ป่วยติดเตียง ปีงบประมาณ 2561*. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี.
- วรสิรา ลูวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-70
- ศศิธร ณะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ. (2558). ความจำเป็นของการดูแลแบบประคับ ประคองในชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 13-25.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสหการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สินีนุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสหการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุปริดา มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัญญ. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสหการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-40.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2560*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). *รายงานสถิติผู้สูงอายุติดเตียง*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- อรวีรุ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสุปริดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 23(3), 328-343.
- อรุณี ชุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 53-63.
- Bevans, M.F, Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398-403.
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the Phenomenologist views it*. In S.V. Ronald, & K. Mark (eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. (pp.48-71). London: Oxford University Press.
- Grant, J.S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Healthcare Nurse*, 14, 892-902.

- Jean-Philippe, R. Ranjit, N, & Christopher, C. (2012). Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 16(2), 214-219.
- Sakakibara, K., Kabayama, M. & Ito, M. (2015). Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 8(827), 1-11.
- Smith, C.E., Piamjariyakul, U., Yardrich, D.M., Ross, V.M., Gajewski, B., & William, A.R. (2012). Complex home care: Part3-Economic impact on family caregiver quality of life and patients’ clinical outcome. *Nursing Economics*. 28(6), 393-414.
- Smith, R.D. (2000). Promoting the health people of with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia, *Health Promotion International*. 15(1), 79-86.
- Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(8), 368-372.
- Steinhauser, K.E. (2005). Measuring end-of-life care outcomes prospectively. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (Suppl 1), S30-41.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A.H., & Koeter, M.W. (2004). Family care giving in depression: Impact on caregivers’ daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*. 81, 211-222.

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564

วรณัฐ ทัศนบุตร *

อรณัฐ ประดับทอง **

Received : January 17, 2019

Revised : April 13, 2019

Accepted : April 25, 2019

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 (2) ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 (3) ความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ทุกตำแหน่ง จำนวน 149 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสอบถามโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และเก็บข้อมูลความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 ในภาพรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.71$, $SD = 0.82$) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คือ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ($M = 2.96$, $SD = 0.86$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($M = 2.79$, $SD = 0.88$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 2.58$, $SD = 0.84$) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($M = 2.52$, $SD = 0.88$)

2. ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.28$, $SD = 0.86$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยรายด้านพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 3.34$, $SD = 0.82$) รองลงมา ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ($M = 3.21$, $SD = 0.84$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การสร้างความตระหนักต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ และความสำคัญของความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนาองค์กร (2) การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ให้ได้รับความรู้ความเข้าใจในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนาศมรรถนะในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (3) การสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม และ (4) การพัฒนาระบบการสื่อสารในองค์กรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม บุคลากร ยุทธศาสตร์

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สถาบันพระบรมราชชนก : E-mail : nuchicn@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร

The Participation of Personnel in PBRI Strategic Plan Development for the Year 2017-2021

Woranoot Tassabutr^{*}
Oranuch Pradabthong^{**}

Abstract

The purposes of this research were (1) to study the levels of personnel participation in PBRI strategic plan development for the year 2017-2021, (2) to study attitude toward factors affecting participation of personnel in PBRI strategic plan developing for the year 2017-2021, and (3) to study attitude toward how to promote staffs' participation in strategic plan developing. The population were 149 staff members of PBRI. The structured questionnaire was used to collect personnel participation and a semi-structure interview was used to collect attitude data toward how to promote staffs' participation on strategic plan development. Descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation were used to describe the findings. Content analysis was utilized to describe attitude toward how to promote staffs' participation.

The results showed that

1. Overall, the participant who participated in PBRI strategic plan developing for the year 2017-2021 were at moderate level ($M = 2.71$, $SD = 0.82$). The results of each aspect were from high to low level as followed; Implementation aspect ($M = 2.96$, $SD = 0.86$), benefits aspect ($M = 2.79$, $SD = 0.88$), decision making aspect ($M = 2.58$, $SD = 0.84$), and evaluation aspect ($M = 2.52$, $SD = 0.88$).

2. Overall, the mean score of attitude toward factors affecting participation of personnel in PBRI strategic plan developing for the year 2017-2021 were at moderate level ($M = 3.28$, $SD = 0.86$). Considered in each factors, the mean scores on knowledge and attitude were at high level in which its higher mean scores than working environment factors ($M = 3.34$, $SD = 0.82$; $M = 3.21$, $SD = 0.84$; consecutively).

3. Regarding to attitude toward how to promote staffs' participation for providing a guideline on promotion of staff participation in strategic plan development, participants suggested that (1) should raise awareness of responsibility in duty and personnel at all levels, (2) should encourage personnel development at all levels for improving knowledge in strategic plan and competency in operational efficiency even more, (3) should create incentives for participation including recognition, reasonable compensation and advancement in career, and (4) should develop organizational communication and information system.

Keywords: Participation, Personnel, Strategy

* Plan and Policy Analyst Professional Level, Prabormarajchanok Institute

** Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surin

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถาบันพระบรมราชชนก มีบทบาทภารกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 โดยความร่วมมือจากหน่วยงานในส่วนกลางและวิทยาลัย ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสถาบันพระบรมราชชนก และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ทั้งภาคการศึกษา ภาคการสาธารณสุขและชุมชน โดยกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “สถาบันอุดมศึกษาชั้นนำ สร้างกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อชุมชน” ภายใต้พันธกิจ 4 พันธกิจ คือ 1) ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ 2) พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 3) สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ 4) พัฒนาองค์กรให้มีความเป็นเลิศด้านสุขภาพ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสากลเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศ 2) การเป็นสถาบันหลักด้านการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติหรือนานาชาติ 3) การสร้างและจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพและตอบสนองระบบสุขภาพของประเทศ และ 4) การพัฒนาองค์กรให้มีความเป็นเลิศด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนสุขภาพของประเทศภายใต้หลักธรรมาภิบาล และกำหนดกลยุทธ์ไว้ทั้งหมด 16 กลยุทธ์ (กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2561)

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนกที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันไปตามตำแหน่งหน้าที่แต่ละบุคคล โดยผู้ที่ถูกมอบหมายให้รับผิดชอบในงานพัฒนายุทธศาสตร์ของหน่วยงาน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ส่วนพนักงานราชการและลูกจ้างเหมาบริการมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) เกือบร้อยละ 50 เป็นพนักงานราชการและลูกจ้างเหมาบริการ จึงถือได้ว่าบุคลากรกลุ่มดังกล่าวเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก การให้บุคลากรเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์ขององค์กร จึงทำให้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงความสำคัญ มีความเข้าใจอย่างแท้จริง จะส่งผลให้สามารถเชื่อมโยงถ่ายทอดยุทธศาสตร์ขององค์กรไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการจัดทำยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกที่ให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และร่วมแรงร่วมใจกันปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจต่างๆ เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Cohen and Uphoff (1980) และ Herzberg, Mausner, and Synderman (1993) ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม พฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ การจัดทำตัวชี้วัด การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และการประเมินผลความสำเร็จของยุทธศาสตร์ โดยศึกษาเฉพาะการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ทุกตำแหน่ง ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 165 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง (Key informants) ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 8 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ผู้อำนวยการกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาการศึกษา และผู้อำนวยการกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) แก่บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ PE-18-03-61) และเพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยที่ไม่ได้ทำงานในสถาบันพระบรมราชชนกเป็นผู้ประสานงานกับประชากรเพื่อประชาสัมพันธ์ชี้แจงโครงการวิจัยและขอความร่วมมือตามความสมัครใจ

ในการมีส่วนร่วมกับการดำเนินการวิจัย โดยได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 90.30 และนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลจนครบทุกคน สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) โดยใช้แนวสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมากำหนดรหัสตัวแปรและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของบุคลากรและความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศูนย์สุขภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท (Content-analysis Techniques)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.2) อายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี (ร้อยละ 25.5) ใกล้เคียงกับช่วงอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 24.2) เป็นลูกจ้างเหมาบริการมากที่สุด (ร้อยละ 42.3) รองลงมาเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 38.9) มีประสบการณ์การทำงานในสถาบันพระบรมราชชนกตั้งแต่ 2 ปี-10 ปี (ร้อยละ 40.9) มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 24.2 และ 22.1 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 20.1) และน้อยที่สุดคือการศึกษาระดับปริญญาเอก (ร้อยละ 8.1)

ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศูนย์สุขภาพสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 ในภาพรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (SD = 0.82) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีค่าสูงสุด คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 (SD = 0.86) ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD = 0.88) ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 (SD = 0.84) ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 (SD = 0.88) ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาในข้อคำถามพบว่า ข้อที่ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก มีเพียงข้อเดียวคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการ กิจกรรมในแผนปฏิบัติการประจำปีของสถาบันพระบรมราชชนก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (SD = 0.79) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อมูลโครงการ กิจกรรมเพื่อประกอบการเสนอทำแผนงานงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (SD = 0.88) ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาศูนย์สุขภาพสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 พบว่าระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (SD = 0.86) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยรายด้าน พบว่าความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 3.34, SD = 0.82) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร (Mean = 3.21, SD = 0.84) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยในข้อย่อยของความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ พบว่าความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (SD = 0.79) อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD = 0.80) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยใน

ข้อย่อยของความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (SD = 0.82) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการจัดการองค์กร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 (SD = 0.84) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 (SD = 0.82) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และลำดับสุดท้ายปัจจัยด้านการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (SD = 0.87) ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อข้อเสนอแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา ยุทธศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอต่อแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา ยุทธศาสตร์ของสถาบันดังนี้ (1) การสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบในหน้าที่และความสำคัญของความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนาองค์กร (2) การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (3) สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม เช่น การยกย่องชมเชย การให้รางวัลค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน (4) การพัฒนาระบบการสื่อสารในองค์กรโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญในประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์ขององค์กร

อภิปรายผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 โดยภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผลในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก มีการดำเนินการโดยกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นหลัก และมีบุคลากรระดับผู้บริหารจากวิทยาลัยในสังกัด และผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบด้านการจัดทำแผนปฏิบัติการจากกลุ่มต่างๆ ในส่วนกลางเพียงบางส่วนเท่านั้น ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุม ซึ่งจากข้อมูลพบว่ายังมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มต่างๆ ในส่วนกลางไม่ได้รับการสร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ขององค์กร ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่สามารถเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ ตันทีวกร (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาสู่เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เป็นเพราะการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศให้กับบุคลากรไม่ทั่วถึงทุกระดับ และการศึกษาของสุภา แก้วเกรียงไกร และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกรมชลประทาน พบว่าระดับความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกรมชลประทาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

1.1 การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย จะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมคิดกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนงาน โครงการที่จะนำไปปฏิบัติให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร สอดคล้องกับการวิจัยของนงเยาว์ ญาณปัญญา (2556) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่าย

กองทุน กองคลัง สำนักราชวัง พบว่าด้านการตัดสินใจโดยภาพรวมบุคลากรมีส่วนร่วมน้อย โดยมีข้อเสนอให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันเพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสถาบันพระบรมราชชนกมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี โดยแจ้งให้กลุ่มงานต่างๆ จัดทำข้อมูลโครงการและงบประมาณในการดำเนินการ ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดในด้านการสื่อสารเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ ทำให้มีผู้รับรู้แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนกเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งจากข้อมูลพบว่าบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับรู้กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณพันธุ์ อ่อนแย้ม (2558) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของพนักงานระดับปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยนานาชาติติมทิดล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเพราะพนักงานระดับปฏิบัติการไม่ได้รับการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์จากผู้บังคับบัญชา ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดของแต่ละยุทธศาสตร์ตามวัตถุประสงค์ในแนวทางเดียวกันและตรงตามเป้าหมาย

1.3 การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการบุคลากรบางคนที่ปฏิบัติงานได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนที่มีส่วนสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน แต่สถาบันพระบรมราชชนกไม่มีแผนในการพัฒนาทักษะ สมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการได้รับการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำเพื่อนำมาใช้ ในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยังมีน้อย

1.4 การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย จากข้อมูลพบว่าสถาบันพระบรมราชชนกไม่ได้กำหนดแนวทางประเมินผลแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ไม่มีการรายงานผลการประเมินตามตัวชี้วัดกลยุทธ์ที่สะท้อนถึงผลสำเร็จของประเด็นยุทธศาสตร์ อีกทั้งยังขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมาจึงไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้วิเคราะห์ความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายวิสัยทัศน์ขององค์กรที่ตั้งไว้

2. ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564 ความคิดเห็นของบุคลากรในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยจะเห็นว่าความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญพร ก้อยชูสกุล (2554) ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับปานกลาง ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1 ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในข้อย่อยพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติ ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนกส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม และพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

2.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในข้อย่อยพบว่า ระดับความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ แรงจูงใจ เช่น การได้รับการยอมรับความรู้ความสามารถจากหัวหน้าหรือผู้บริหาร การได้รับการยกย่องชมเชย การได้รับมอบหมายงานที่ทำเหมาะสมกับความสามารถ การกระตุ้น

ของผู้บังคับบัญชา ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากร เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจนั้น มีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกได้เป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากรคิดเห็นว่าคุณเองมีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกในระดับปานกลาง และพบว่าความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมคือด้านความรู้และทัศนคติ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์โดยการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ความสามารถในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และการประเมินแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการกำหนดไว้ในแผนการพัฒนาบุคลากรรายบุคคลไว้อย่างชัดเจนทั้งระยะสั้น และระยะยาว ทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันควรแบ่งกลุ่มระดับผู้บริหาร หัวหน้างาน ระดับผู้ปฏิบัติ เพื่อให้กระบวนการฝึกอบรมสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้เข้ารับการอบรม

2. จากผลการศึกษาความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกและพบว่าบุคลากรให้ความคิดเห็นว่าปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือด้านสภาพการทำงาน และประสิทธิภาพการทำงาน ดังนั้นควรมีการวางแผนด้านการคัดเลือกบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญความชำนาญเฉพาะด้านมาปฏิบัติงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อให้เป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์ขององค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้บุคลากรดังกล่าวควรทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการพัฒนาบุคลากรในกลุ่มต่างๆ ที่จะมาเป็นทีมในการติดตามประเมินผลยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยกำหนดแนวทางการประเมินผลอย่างมีรูปแบบ

3. จากผลการศึกษาความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนายุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกและพบว่าบุคลากรให้ความคิดเห็นว่าปัจจัยในด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรคือปัจจัยด้านแรงจูงใจมีผลมากที่สุด ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรกำหนดและประกาศนโยบายสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดการผลักดันการดำเนินงานให้มีผลผลิต ผลลัพธ์อย่างแท้จริง ส่งผลต่อความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำแผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกไปสู่การปฏิบัติ เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมหรือพัฒนากระบวนการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การดำเนินงานในแผนปฏิบัติการประจำปี อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการประเมินยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อวิเคราะห์หาแบบการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์. สถาบันพระบรมราชชนก. (2561). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560-2564*. นนทบุรี :สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- นงเยาว์ ญาณปัญญา. (2556). *การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายกองทุน กองคลัง สำนักพระราชวัง. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยทองสุข.*
- วรรณา ตันทิวาร. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาสู่เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 4(2), 160-181.
- วรรณพันธุ์ อ่อนแย้ม. (2558). การรับรู้แผนยุทธศาสตร์วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ของพนักงานระดับปฏิบัติการ. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 2(2), 65-76.
- ธัญพร ก้อยชูสกุล. (2554). *การมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานวิจัยการค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สุกษา แก้วเกรียงไกร, กัลยาณี ประสมศรี, มณฑา ชาวโพธิ์ และวิสราร รูปสวย. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกรมชลประทาน. กรุงเทพฯ : กองแผนงาน, กรมชลประทาน.*
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Synderman, B.B. (1993). *The motivation to work*. United State of America: Transaction Publishing.

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม

จันทรมาศ เสาวรส, พย.ม.*

Received : May 26, 2018

Revised : April 29, 2019

Accepted : May 1, 2019

บทคัดย่อ

ทารกแรกเกิดจะมีภาวะตัวเหลืองในช่วง 2-3 วันหลังคลอด เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ ซึ่งอาจพบทารกแรกเกิดบางรายที่มีภาวะตัวเหลืองผิดปกติ ควรได้รับการประเมินสภาพและการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับทารก หากปล่อยให้ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองผิดปกติ จะเสี่ยงต่อสมองพิการได้ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล นำเสนอเกี่ยวกับชนิด การประเมินสภาพทารก การวินิจฉัย อันตราย การรักษาและแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของทารกและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและครอบครัวเพื่อดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด สารเหลือง

* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
e-mail: chanthramas@pnc.ac.th

Jaundice in Newborn: A Problem That Should Not Be Overlooked

Chanthramas Saowaros, M.S.N.^{*}

Abstract

Newborn jaundice is naturally developing addition 2 to 3 days after the birth. Some newborns may develop abnormal jaundice so they should be assessed and have proper management from the beginning in order to prevent harm to the babies. Abnormal Jaundice in the newborn has high the risk of cerebral palsy. The purpose of this article is to give the knowledge to nurse in caring for a newborn while in the hospital and to present the type of jaundice, assessment methods, diagnosis, complications, treatment, and guidelines for assessing jaundice in newborns. These will help nurses to apply the knowledge by advising postpartum mothers and their family to provide the appropriate care for the babies.

Keywords: Jaundice in Newborn, Bilirubin

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการที่ทารกมี bilirubin ในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในร่างกายของทารก ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ตับให้อยู่ในรูปที่ละลายน้ำมากขึ้น และถูกกำจัดออกจากร่างกายทางปัสสาวะและอุจจาระ ปัจจุบันพบร้อยละ 60 ของทารกที่เกิดครบกำหนดและร้อยละ 80 ของทารกที่เกิดก่อนกำหนด (สุชีรา แก้วประไพ, สุทธิพรรณ กิจเจริญ และจิราพร สิทธิถาวร, 2559) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้อาการรุนแรงถึงขั้นอันตราย หากปล่อยให้อาการรุนแรงมีภาวะตัวเหลืองผิดปกติจะเสี่ยงต่อสมองพิการได้ ปกติทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดควรมีระดับบิลิรูบิน 12 mg/dl และในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 15 mg/dl (วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, 2554) หากทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีระดับบิลิรูบินสูงเกิน 20 mg/dl และทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดมีระดับของบิลิรูบินอยู่ระหว่าง 20-25 mg/dl หรือสูงกว่าและไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า บิลิรูบินจะผ่านไปที่แนวกันสมองเข้าไปสะสมในเนื้อสมองบริเวณ basal ganglia ทำให้เกิดภาวะ kernicterus ส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการล่าช้าหรือเกิดความพิการได้ เช่น หูหนวก ปัญญาอ่อน และการเคลื่อนไหวผิดปกติ (ประวันโน เกียรติชูสกุล และคณะ, 2555)

ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจในการประเมิน การวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด สามารถวินิจฉัยแยกภาวะทารกตัวเหลืองปกติและผิดปกติออกจากกัน รวมทั้งควรดูแลเฝ้าระวังทารกอย่างใกล้ชิดเพื่อวางแผนป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลและรักษาที่เหมาะสมในแต่ละราย

^{*} Lecturer of the Department of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ความชุกของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุครรภ์มารดาเมื่อคลอด 35-37 สัปดาห์ ภาวะเลือดชั้นแรกคลอด มารดาเป็นโรคเบาหวาน เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน ทักษะการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาไม่ถูกต้อง และบุตรคนก่อนมีภาวะตัวเหลือง การช่วยคลอดด้วยอุปกรณ์ต่างๆ วิธีการคลอด การบาดเจ็บจากการคลอด การมีเลือดออกฟกช้ำใต้ผิวหนัง การผูกสายสะดือช้าเมื่อคลอด ทารกที่คลอดระหว่างเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ทารกได้รับปริมาณเลือดจาก Placental blood ซึ่งมีปริมาณ 75-125 ml ทำให้มีปริมาณ Hematocrit สูงขึ้น เกิดภาวะเลือดชั้นหรือ Polycythemia ซึ่งเป็นภาวะที่มีปริมาณเม็ดเลือดแดงสูงกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 เมื่อเม็ดเลือดแดงแตก ความสามารถในการขับสารเหลืองน้อยลง ทำให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองได้มากกว่า (ปิยภัสรา หรืออินทร์, 2559)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุก ความเสี่ยงทางคลินิก และผลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย พบว่าทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง พบร้อยละ 23.9 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นสัดส่วน 1.3:1 และอายุครรภ์เฉลี่ยของทารกตัวเหลืองคือ 38.25 ± 1.5 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดครบกำหนด ร้อยละ 85.3 อายุที่เริ่มมีอาการตัวเหลืองเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ± 0.95 วัน วิธีการคลอดปกติพบมากที่สุด แต่ถ้าคิดตามสัดส่วนของการคลอดแต่ละวิธี พบว่าทารกที่คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) พบสูงถึงร้อยละ 41.3 หมู่เลือดของมารดาที่พบบ่อยมากที่สุดคือ Group O ร้อยละ 37.8 หมู่เลือดทารกพบ Group B มากที่สุด ร้อยละ 38.3 Direct comb's test ให้ผลลบร้อยละ 28 บ่งชี้ว่าสาเหตุเกิดจาก ABO incompatibility ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 3.6 ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD สมบูรณ์ และภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD บางส่วน พบรวมถึงร้อยละ 32.5 (สุขุมาล หุนทนทาน, 2557) และพบว่าทารกหลังคลอดปกติในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในปี 2560 มีภาวะตัวเหลืองผิดปกติเฉลี่ย 22คน/เดือน โดยพบทารกเหลืองจากพยาธิสภาพของร่างกายมากที่สุดถึงร้อยละ 64.2 สาเหตุจากภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD พบร้อยละ 17.5 และจาก ABO incompatibility คิดเป็นร้อยละ 18.3

ชนิดของภาวะตัวเหลือง

1. physiologic jaundice เป็นภาวะตัวเหลืองที่พบในทารกปกติเกิดจากการมี unconjugated bilirubin สูงในช่วงสัปดาห์แรก และจะค่อยๆ สูงสุดเมื่ออายุ 2-5 วันหลังคลอด ในทารกเกิดครบกำหนดระดับ bilirubin สูงสุดประมาณ 10-14 mg/dl เมื่ออายุ 3-4 วัน และจะค่อยๆ ลดลงจนเข้าสู่ระดับปกติประมาณ อายุ 7-10 วัน ในทารกเกิดก่อนกำหนด physiologic jaundice จะรุนแรงกว่าในทารกเกิดครบกำหนดและระดับของบิลิรูบินสูงสุดอาจมีค่ามากกว่าที่พบในทารกเกิดครบกำหนด โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดของบิลิรูบิน ประมาณ 10-12 mg/dl เมื่ออายุ 5 วัน สาเหตุจากการที่ตับยังเจริญไม่เต็มที่ เป็นผลจากระดับเอนไซม์ UDP-glucuronyl transferase ต่ำ (กุลวดี มณีนิล, 2559) อีกทั้งยังมีแบคทีเรียในทางเดินอาหารน้อยทำให้สามารถขับ bilirubin ออกจากร่างกายได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ภาวะเหลืองนี้จะสังเกตเห็นได้จากผิวหนัง เยื่อบุตาขาวและเล็บ โดยเริ่มปรากฏให้เห็นจากบริเวณใบหน้าไปสู่ลำตัว แขนขา ฝ่ามือและฝ่าเท้า พบได้ในทารกปกติซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตราย

2. pathologic jaundice เป็นภาวะตัวเหลืองจากการมีระดับ bilirubin ในเลือดสูงผิดปกติ อาจสังเกตอาการเหลืองได้เมื่อทารกมีอายุน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ตรวจพบระดับ bilirubin ได้จากสายสะดือหลังคลอดมีค่ามากกว่า 3 mg/dl มีระดับ bilirubin สูงเกิน 5 mg/dl หลังคลอด 24 ชั่วโมง มีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่า 5

mg/dl ต่อวัน หรือ 0.2 mg/dl ต่อชั่วโมง หรือมีอาการตัวเหลืองนานกว่า 14 วัน โดยเฉพาะทารกที่ไม่ได้รับนมมารดาซึ่งเป็นภาวะตัวเหลืองมากกว่าปกติ โดยจะเริ่มเหลืองจากบริเวณใบหน้าเข้าหาลำตัวไปสู่แขน ขา ที่ฝ่ามือและฝ่าเท้าตามลำดับ การที่ระดับ bilirubin สูงมากทำให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะ acute bilirubin encephalopathy หรือ Kernicterus (กุลวดี มณีนิล, 2559) เนื่องจาก bilirubin เป็นพิษต่อเนื้อสมองและอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ในทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองบริเวณใบหน้า ที่หน้าอกเหนือสะดือ ระดับบิลิรูบินจะสูงประมาณ 12 mg/dl หรือต่ำกว่าแต่ถ้ามือและเท้าเหลือง ระดับบิลิรูบินมักสูงเกิน 15 mg/dl (อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2554)

สาเหตุภาวะทารกตัวเหลือง

การที่ทารกตัวเหลืองจาก pathologic jaundice เกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. มีการสร้าง bilirubin มากกว่าปกติจากภาวะต่างๆ ที่มีการสลายตัวของเซลล์เม็ดเลือดแดง เช่น การที่หมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน (ABO incompatibility และ Rh incompatibility) เซลล์เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติ ซึ่งภาวะทั้ง 2 ทำให้เซลล์เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ ภาวะเลือดข้น มีภาวะเลือดออกในร่างกายทำให้มีการสลายตัวและมี bilirubin เข้าสู่กระแสเลือดมากกว่าปกติ การที่มารดาได้รับยา oxytocin ที่ใช้ในการเร่งคลอด ซึ่งสามารถทำให้เซลล์เม็ดเลือดแดงของทารกแตกได้ง่ายขึ้นหรือมีการติดเชื้อมีการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. มีการขับ bilirubin ได้น้อย หรือไม่ได้ ซึ่งสามารถเกิดได้จากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย หรือทารกดูดนมน้อย มีการอุดตันของลำไส้ ท่อน้ำดีอุดตัน หรืออัมเสบ ทำให้เกิดการดูดซึม bilirubin จากลำไส้กลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตมากกว่าปกติ
3. ตับมีความสามารถในการเปลี่ยน bilirubin เป็นชนิด conjugated bilirubin ได้น้อย ซึ่งอาจเกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ระดับเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยน bilirubin ต่ำกว่าปกติ ทารกขาดเอนไซม์ UDP-glucuronyl transferase หรือที่เรียก Crigler Najjar syndrome ที่เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ที่พบในทารกชาวอาหรับ หรืออาจเกิดจากได้รับยาบางชนิดที่ขัดขวางการเปลี่ยนรูปของ unconjugated bilirubin เช่น ยา novobiocin สาร pregnanadial หรือ non-esterified fatty acid

การวินิจฉัยภาวะตัวเหลือง

การวินิจฉัยแยกภาวะตัวเหลืองทั้งสองออกจากกันเพื่อเลือกให้การดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมจะประกอบด้วยประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การซักประวัติ เช่น ประวัติการคลอด การแท้งบุตรบ่อย การติดเชื้อการใช้ยาหรือประวัติไข้ของมารดาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับ sepsis และ congenital infection โรคทางกรรมพันธุ์ (ความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดแดงหรือเอนไซม์) หรือประวัติปริมาณน้ำนมของมารดาซึ่งจะสัมพันธ์กับ breast feeding jaundice ลูกคนก่อนมีภาวะตัวเหลืองเป็นๆ หายๆ และต้องรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ประวัติดังกล่าวสามารถใช้บอกเหตุของอาการตัวเหลืองได้
2. การตรวจร่างกาย โดยใช้นิ้วกดผิวหนังแล้วดูสีผิวบริเวณที่ถูกกดจะเห็นสีเหลืองชัดเจน ซึ่งมักพบภาวะเหลืองเริ่มจากใบหน้า และเห็นได้ชัดขึ้นตามลำตัว แขน ขา และอาจเหลืองถึงมือและเท้าหากมีระดับ bilirubin สูง ทารกที่มีจ้ำเลือดตามตัวหรือมีรอยเลือดออกบนผิวหนัง ตับ ม้ามโต ทารกที่มีการเจริญเติบโตช้าหรือมีความพิการแต่กำเนิดก็มักพบภาวะตัวเหลืองได้บ่อย หรือในทารกที่มีอาการซึม ท้องอืด ตัวลาย สัมพันธ์กับ sepsis หรือ gut obstruction ภาวะตัวเหลืองนี้มักเกิดจากตับของทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์เต็มที่ โดยส่วนใหญ่จะดีขึ้นภายใน 2

สัปดาห์ หากสังเกตอาการตัวเหลืองเป็นอยู่นานกว่า 2-3 สัปดาห์ ควรสงสัยว่าอาจเกิดจากโรคตับ ควรได้รับการวินิจฉัยเพื่อรักษาอย่างทันท่วงที

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทารกที่ตัวเหลืองอย่างเห็นได้ชัด ควรได้รับการตรวจระดับ bilirubin ใน serum ซึ่งนิยมตรวจค่า total bilirubin จากเลือดที่เจาะบริเวณสันเท้าของทารก ตรวจนับเม็ดเลือด และตรวจลักษณะรูปร่างของเซลล์เม็ดเลือดแดง ตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh ของทั้งมารดาและทารก เพื่อดูโอกาสการเกิด Rh incompatibility หรือ AO, BO incompatibility นอกจากนี้ควรตรวจในกรณีที่มารดามี Rh negative โดยที่ทารกเป็น Rh positive ใน Rh incompatibility ตรวจ G6PD Screening test เพื่อดูภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ทุกสาย และตรวจพิเศษเฉพาะโรค ซึ่งขึ้นกับผลตรวจเบื้องต้นที่ทำให้คิดว่าน่าจะเป็นโรคนั้นๆ เช่น รายที่มี jaundice นานกว่า 2 สัปดาห์ ควรสงสัยภาวะพร่องธัยรอยด์ ตรวจ TSH, FT4 และ T4 หรือสงสัย galactosemia ส่งตรวจ Urine reducing substance (กรณีการ วงศ์ภาวิทย์, 2557) หรือทารกที่มีค่า Hct > 65% บ่งชี้ polycythemia หรือในทารกที่มีค่า WBC < 5,000 หรือ > 20,000/cu.mm. บ่งชี้ว่าน่าจะมี infection

การวินิจฉัยแยกโรค

อาศัยจากประวัติ การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยวินิจฉัยแยกโรค ทารกที่ได้รับนมมารดา ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองได้ 2 แบบ คือ

1. Breast feeding jaundice พบตัวเหลืองในวันที่ 3-4 เนื่องจากทารกยังดูดนมมารดาไม่มีประสิทธิภาพ น้านมมารดาน้อย ทำให้ได้รับนมไม่เพียงพอ เกิดการเพิ่มขึ้นของ enterohepatic circulation เกิดตัวเหลืองตามมา แก้ไขโดยแนะนำมารดาให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง และฝึกให้ดูดอย่างถูกวิธี

2. Breast milk jaundice พบในทารกแรกเกิดที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียว เริ่มพบเหลืองหลังวันที่ 5 และมีระยะเวลานานได้ถึง 2 เดือน น้าหนักทารกขึ้นดี ผลตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ สาเหตุเชื่อว่านมมารดามีสารบางชนิดที่อาจยับยั้งการขับบิลิรูบินออกทางลำไส้ การหยุดนมมารดา 12-24 ชั่วโมง จะทำให้ระดับบิลิรูบินลดลง (กรณีการ วงศ์ภาวิทย์, 2557) แต่อาการมักไม่รุนแรง และไม่ต้องรักษาหากไม่มีภาวะเสี่ยงอย่างอื่น

อันตรายจากภาวะตัวเหลือง

Unconjugated bilirubin ไม่สามารถละลายน้ำได้แต่จับกับไขมันได้ดี เมื่อมีปริมาณสูงจึงจับกับเนื้อสมอง โดยมักทำลายสมองส่วน brainstem, cerebellum, basal ganglia และ hippocampus อาการของความเป็นพิษจาก bilirubin มี 2 กลุ่มหลัก คือ

1. Acute bilirubin encephalopathy ระยะแรกทารกจะมีอาการซึม ตัวอ่อนและดูดนมได้ไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือดติดเชื้อในระบบประสาทแต่หากทารกที่ตัวเหลืองมากมีอาการเหล่านี้ ควรพิจารณา bilirubin encephalopathy ด้วย โดยในระยะต่อมาทารกจะซึมลง ตัวอ่อนมากขึ้น บางรายสลักับอาการกระสับกระส่ายไข้ มีร้องเสียงแหลมตัวเกร็ง คอและหลังแอ่นซึ่งหากได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือดในระยะแรกๆ อาจทำให้สมองไม่ถูกทำลายโดยถาวร ลดความรุนแรงของ kernicterus แต่หากไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการรุนแรงขึ้นคือ คอและหลังเกร็งแอ่นมากขึ้น ไม่ดูดนมเลย ชัก หดหายใจและเสียชีวิตได้

2. Chronic bilirubin encephalopathy หรือ kernicterus เป็นทารกที่รอดชีวิตจากระยะแรกได้แต่ทำให้ทารกมีอาการผิดปกติทางสมอง ได้แก่ อาการทาง extra pyramidal tract เช่น เคลื่อนไหวผิดปกติ น้ำลายไหล

เคี้ยว กลืนอาหารลำบาก และ sensory neural hearing loss เมื่อโตขึ้นอาจมีความผิดปกติทางสมองและจิตใจ หรือพัฒนาการช้า หรือหูหนวก

ดังนั้น การดูแลทารกในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลและผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และช่างสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงของทารกในภาวะที่ปกติและผิดปกติ ตลอดจนมีแนวทางในการประเมินทารกตามสภาพเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเหมาะสมต่อไปเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ทารกกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ช่วยลดความวิตกกังวลของบุคคลในครอบครัวและลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น

ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด bilirubin encephalopathy

ระดับ bilirubin ที่เสี่ยงต่อภาวะนี้คือ สูงกว่า 20-25 mg/dl แต่ในทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้ อาจเกิดความผิดปกติในขณะที่มีระดับ bilirubin ต่ำกว่านี้ ได้แก่ ภาวะที่ทำให้ระดับ unconjugated bilirubin เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น จากภาวะ hemolysis ที่รุนแรงหรือภาวะ serum albumin ต่ำกว่า 3 mg/dl จึงจับ unconjugated bilirubin ได้น้อย ทำให้มี free bilirubin ไปจับที่สมองได้มากขึ้น การได้รับยาบางชนิดที่ไปแย่งจับ albumin เช่น ceftriaxone, sulfonamides, salicylates ทารกป่วยที่มีภาวะ sepsis, acidosis หรือ อุณหภูมิของร่างกายไม่คงที่ ภาวะ perinatal asphyxia หรือทารกที่คลอดก่อนกำหนด

ในอดีต bilirubin encephalopathy มักเกิดจากภาวะ hemolysis, perinatal asphyxia, sepsis และทารกที่คลอดก่อนกำหนด แต่ระยะหลังพบสาเหตุบ่อยที่สุดคือทารกตัวเหลืองที่สัมพันธ์กับการให้นม อาจเกิดจากแพทย์มักเฝ้าระวังทารกกลุ่มที่มีอาการตัวเหลืองจาก hemolysis และให้การรักษาดังแต่ต้น ส่วนทารกกลุ่มที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าปกติอาจไม่ได้เฝ้าติดตามใกล้ชิด ทารกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเหลืองมากจนเกิด bilirubin encephalopathy ได้ แต่มักจะถูกกละเลย คือทารกที่ได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียวและนมมารดา ยังไหลน้อย เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทารกที่เกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (อายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์) ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเร็ว ก่อน 48 ชั่วโมง และทารกที่มีน้ำหนักตัวลดร้อยละ 10 ขึ้นไป

จากการศึกษาที่โรงพยาบาลคลองหลวงโดยมีการสำรวจหาปัจจัยเสี่ยงในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ผิดปกติ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติใหม่ในการเฝ้าระวังและวินิจฉัยทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของโรงพยาบาล คลองหลวง ช่วยให้สามารถระบุสาเหตุของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้มากกว่าแนวปฏิบัติเดิม แต่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อรายเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมประมาณ 8 เท่า จึงได้เสนอแนวปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยน เพื่อลดค่าใช้จ่ายลง แต่ยังคงมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดได้อย่างรวดเร็ว (สุชีรา แก้วประไพ, 2559)

นอกจากนี้การให้นมมารดาแก่ทารกแรกเกิดที่ไม่เพียงพอและไม่รับแก้ไข หากปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานานๆ ก็เป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองได้ ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมและกระตุ้นให้มารดาให้นมทารกแรกเกิดโดยเร็ว ตั้งแต่ออยู่ในห้องคลอด และให้บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการกระตุ้นให้ทารกถ่าย ชี้เทา ก็จะช่วยป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้

การรักษา

การรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นการลดระดับ bilirubin ในกระแสเลือดเพื่อลดอันตรายจากการที่ bilirubin ไปทำลายเซลล์สมองจนเกิดเป็นภาวะ kernicterus ซึ่งทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การใช้แสงบำบัดหรือการส่องไฟ (phototherapy) แสงที่มีความถี่ในช่วง 450-480 nm จะช่วยลดระดับของ unconjugated bilirubin ลงได้ โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนโครงสร้างของโมเลกุลเป็นชนิดที่สามารถละลายน้ำได้ที่บริเวณเส้นเลือดฝอยที่ผิวหนังหรือชั้นไขมันใต้ผิวหนังและจะถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ การรักษานี้ทำโดยใช้หลอดฟลูออเรสเซนต์จำนวน 4-8 หลอด วางห่างจากทารกประมาณ 35-50 cm. หลอดไฟควรห่างกันพอสมควรเพื่อระบายความร้อน ควรใช้ผ้ากันไอรอบแผงไฟทั้ง 3 ด้าน ให้อุณหภูมิต่ำลงมา 10-12 นิ้ว เพื่อป้องกันการกระจายของแสงไฟ ในรายที่ทารกมีระดับ bilirubin สูงมากอาจเพิ่มจำนวนไฟในการส่องให้ครอบคลุมผิวหนังทารกมากที่สุด ทำได้โดยการส่องไฟจากด้านล่างและด้านบนพร้อมกัน (double phototherapy) ปัจจุบันในบางโรงพยาบาลมีการนำแสงจาก fiber optic มาใช้แทนแสงที่เกิดจากหลอดไฟธรรมดา ซึ่งวิธีนี้สามารถทำให้แสงที่มีความเข้มข้นผ่านทางแผ่นพลาสติกหรือผ้าห่มได้ ให้นำมาห่อทารก จึงทำให้ลดระดับ bilirubin ได้ดีขึ้น (อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2554)

กลไกการเปลี่ยนแปลง bilirubin ด้วยแสง พอสรุปได้ 3 วิธี คือ

1.1 เกิด Geometric photoisomerization กับ unconjugate bilirubin โดยเกิดการเปลี่ยนตรง -COOH group ของ carboxymethyl side chain แต่ละอันที่อยู่ในรูป Z ให้เป็นรูป E ซึ่งจะมีคุณสมบัติละลายน้ำได้ photoisomer นี้ถูกขับออกได้ทางตับและท่อน้ำดีได้โดยตรง แต่ก็สามารถเปลี่ยนกลับเป็น unconjugate bilirubin อย่างเดิมได้ง่ายโดยกรดน้ำดี

1.2 Intramolecular cyclization คือการเกิด isomer ชนิดใหม่ของ bilirubin ที่เรียกว่า Lumirubin ซึ่งถูกขับออกมาทางน้ำดีโดยไม่ต้องมี conjugation เช่นกันทั้ง 2 วิธีดังกล่าวนี้เป็น photoisomerization ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการช่วยกำจัด bilirubin ด้วยแสงถึง 80%

1.3 Photooxidation เป็นปฏิกิริยา Oxidation ที่เกิดกับ bilirubin เกิดเป็นสารชนิดใหม่หลายรูปแบบรวมทั้ง biliverdin, dipyrrole และ monopyrrole ซึ่งจะถูกขับออกทางตับและไตโดยไม่ต้อง conjugate วิธีนี้เกิดขึ้นเป็นส่วนน้อยในการลดระดับ bilirubin ด้วยแสงและสารที่เกิดขึ้นใหม่นี้ยังไม่ทราบสูตรโครงสร้างที่แน่ชัด เชื่อกันว่าเป็นพวก diazo reactive dipyrrole การรักษาด้วยแสงช่วยลดระดับ bilirubin ในเลือดได้เพียง 3-4 mg/dl ใน 24 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งจะให้ผลดีมากเฉพาะในการป้องกันและรักษาตัวเหลืองในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็นโรคโดยไม่มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงและเป็นการช่วยลดระดับ bilirubin ในรายที่เป็นโรคที่มีการแตกของเม็ดเลือดแดงเท่านั้น ใช้แทนการถ่ายเปลี่ยนเลือดไม่ได้ (อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2554)

2. การรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด (Exchange Transfusion) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยลดระดับ bilirubin ลงได้ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพสูงสุดควรเลือกใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้สำคัญคือกรณีที่เกิดจากเลือดมารดากับทารกไม่เข้ากันหรือเม็ดเลือดแดงแตกง่าย โดยทั่วไปควรเปลี่ยนถ่ายเลือดเมื่อระดับ Microbilirubin สูงกว่า 20 mg/dl ในกรณีที่สาเหตุไม่ได้เกิดจากโรคเม็ดเลือดแดงแตกง่ายจะทำการเปลี่ยนถ่ายเลือดเมื่อ Microbilirubin สูงกว่า 23 mg/dl สำหรับทารกอายุ 3-5 วัน และเมื่อระดับ Microbilirubin สูงกว่า 25 mg/dl สำหรับทารกอายุมากกว่า 5 วัน การเปลี่ยนถ่ายเลือดในปริมาณ 2 เท่าของปริมาณเลือดในร่างกายจะสามารถลดระดับ bilirubin

ได้ประมาณ 50% อย่างไรก็ตาม bilirubin มีกระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ (ประมาณ 70%) ดังนั้นภายหลังจากถ่ายเปลี่ยนถ่ายเลือดประมาณ 1 ชั่วโมง ระดับ bilirubin จะกลับสูงขึ้นได้ (อารีรัตน์ ระวังวงศ์, 2554)

เลือดที่ใช้ในการเปลี่ยนถ่ายเป็นเลือดใหม่ที่เก็บไว้ไม่เกิน 3 วัน และต้องทำการ Cross-Math กับเลือดของมารดาได้ด้วยมิฉะนั้นเม็ดเลือดที่ได้รับเข้าไปอาจถูกทำลายจากแอนติบอดีที่มีอยู่ได้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเปลี่ยนถ่ายเลือดอยู่ที่ 60-120 นาที ความเร็วของการเปลี่ยนถ่ายเลือดในแต่ละ cycle คือดูดเลือดเข้า-ออกไม่เกินครึ่งละ 5 mg/dl การเข้า-ออกของเลือดแต่ละ cycle ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที เพราะหากดูดเลือดเร็วเกินไปหรือมากเกินไปจะทำให้ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นพักๆ ทำให้เกิด Necrotizing enterocolitis หรืออาจทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตถูกกระทบกระทั่งจนเกิดเป็น Heart failure ได้

3. การใช้ยาในการรักษา (pharmacological agents) โดยยาที่ใช้ลดระดับของ bilirubin ที่ใช้ได้ดี คือยา Phenobarbital ช่วยเร่งให้ตับสร้างเอนไซม์ UDP-glucuronyl transferase และโปรตีน Y และ Z มากขึ้น ทำให้ bilirubin ถูกขับออกทางท่อน้ำดีมากขึ้น ใช้เวลา 4-5 วัน จึงเห็นผล ยา Tin-mesoporphrin ทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ heme oxygenase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ช่วยเปลี่ยน heme ให้เป็น bilirubin ใช้โดยฉีด 1 ครั้งภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณี ABO incompatibility, G6PD ซึ่งจะใช้ในการป้องกันหรือรักษาในกรณีที่ทารกมีอาการเหลืองไม่มาก

ปัจจุบันภาวะตัวเหลืองเป็นสาเหตุมากที่สุดของการที่ทารกต้องกลับมานอนโรงพยาบาล ภายใน 1 เดือน และด้วยเหตุที่มารดาและทารกส่วนใหญ่ได้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาเพียง 48 -72 ชั่วโมงภายหลังคลอด ในกรณีที่มารดาคลอดปกติ เป็นเหตุให้อาจมีมารดาบางรายยังไม่มีทักษะเพียงพอในการให้นมแก่ทารก รวมทั้งทารกก็ยังไม่มีความสามารถในการดูดนมมารดาเท่าที่ควร ทารกอาจมีภาวะขาดน้ำได้ และพบว่าทารกทุกช่วงการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหลังคลอดเกิดภาวะตัวเหลืองได้ พบเหลืองระดับ micro-bilirubin มากกว่า 15 mg/dl ที่อายุ 48-72 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 12.5 (วิลาศลักษณ์ ทะนงศักดิ์สกุล และคณะ, 2555) และการตรวจร่างกายว่าเหลืองนั้นมิอาจคาดเดาค่า micro-bilirubin ได้แน่นอน

ดังนั้นแนวทางปฏิบัติในปัจจุบันที่ไม่ได้เจาะดูค่า micro-bilirubin แก่ทารกทุกรายก่อนกลับบ้าน ที่อายุ 48-72 ชั่วโมง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะตัวเหลืองได้ เป็นเหตุให้ทารกต้องกลับมานอนรับการรักษาพยาบาลมากที่สุดในช่วง 1 เดือนแรก ทารกบางรายอาจต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด และที่ร้ายแรงมาก อาจเกิดความพิการถาวรต่อสมองได้หรือแม้แต่การพยายามจะนำข้อบ่งชี้เรื่องน้ำหนักตัวที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากน้ำหนักแรกเกิดมาเป็นเครื่องมือเฝ้าระวังภาวะตัวเหลืองก็มิอาจทดแทนการตรวจวัดค่า micro-bilirubin ได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากมีการประเมินสภาพทารกที่มีภาวะเหลืองผิดปกติได้เร็วเท่าใด ย่อมสามารถดูแลทารกให้ปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น ทารกจะได้รับการรักษาโดยเร็วและไม่ต้องรับความเสี่ยงด้วยวิธีการรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด การดูแลทารกในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแผนการดูแลทารกแรกคลอดแตกต่างกันบ้าง แต่มีแนวปฏิบัติหลักที่ใกล้เคียงกัน

แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลือง

ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ทารกปลอดภัยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารก โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของทารก

เพื่อให้สามารถดูแลทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการกำหนดแนวทางการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดทุกราย ซึ่งประกอบด้วย การตรวจต่างๆ ดังนี้คือ

1. การตรวจด้วยตาเปล่า ต้องติดตามประเมินภาวะเหลืองของทารกแรกเกิดตลอดเวลา
2. ทันทีที่พบว่าทารกมีอาการตัวเหลือง ที่มองเห็นด้วยตาเปล่าก่อน 48 ชั่วโมง หรือหากจำเป็นต้องจำหน่ายทารกกลับบ้านก่อนอายุ 48 ชั่วโมง ต้องมีการประเมินภาวะตัวเหลืองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (สุชีรา แก้วประไพ และคณะ, 2559)
3. โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น MB, CBC, ABO grouping, Rh typing, reticulocyte count, Coomb's test และ G6PD เมื่อทารกอายุครบ 48 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

แม้ว่าภาวะตัวเหลืองหรือภาวะ bilirubin ในเลือดสูงของทารกแรกเกิดส่วนมากจะไม่มีอาการรุนแรง และสามารถหายได้เอง แต่พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญและตระหนักอยู่เสมอ เพราะยังมีทารกอีกจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะ bilirubin ในเลือดสูงจนถึงขั้นเป็นอันตราย ทำให้เกิดความพิการของสมองอย่างถาวรหรือเสียชีวิตได้และพบว่าภาวะตัวเหลืองของทารกเป็นปัญหาที่พบมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายที่ร้ายแรงต่อสมอง หากปล่อยให้ทารกอยู่ในภาวะที่ร่างกายเหลืองผิดปกติโดยไม่มีการป้องกันหรือรับการรักษาที่ไม่ถูกต้องวิธี จะเกิดผลร้ายและความสูญเสียต่อครอบครัว

ในปัจจุบันมีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ พบว่าโปรแกรมนี้อาจให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ซึ่งประกอบด้วย

1. การสอนผ่านสื่อแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม
2. การชี้แนะ ติดตาม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกแรกเกิด
3. สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งกระบวนการดูแลเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองได้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ดูแลทารกมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง ตลอดจนช่วยให้ทารกแรกเกิดตัวเหลืองปลอดภัยจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทารกต่อไป (วรพรรณ ปาพรม, 2561)

ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขควรมีองค์ความรู้เพื่อแนะนำบิดามารดาและญาติผู้ดูแลทารกให้สามารถดูแลทารกหากจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ โดยการผสมผสานวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาที่ถูกวิธีในเบื้องต้น โดยการกระตุ้นทารกให้ดูดนมมารดาบ่อยครั้งขึ้น แนะนำมารดาให้นมทารก ทุก 2-3 ชั่วโมง หากทารกหลับควรปลุกเพื่อให้นม การสังเกตและประเมินภาวะเหลืองของทารกด้วยตาเปล่า การตรวจร่างกาย (ตรวจภาวะเหลืองทางผิวหนัง บริเวณหน้าผาก ทรวงอก ตามลำตัว หรือแขน ขา) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควบคู่กับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ ควรมีการติดตามประเมินทารกเป็นระยะ ควบคุมเวลาการส่องไฟรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟรักษา รวมทั้งการให้นมมารดาในปริมาณที่มากพอเพื่อช่วยลดภาวะตัวเหลืองของทารกได้เร็วยิ่งขึ้น

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลทารก การเฝ้าสังเกตติดตามอาการของทารกโดยละเอียดการติดตามผลที่เหมาะสม และทราบเกณฑ์ในการตรวจ รวมทั้งเกณฑ์การให้การรักษาทารกที่มีภาวะตัวเหลืองผิดปกติสามารถนำมาพิจารณาและคัดกรองทารกตัวเหลืองที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงทีโดยอาศัยการประเมินที่

รวดเร็วเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือได้ทัน หากพบความผิดปกติจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ รวมทั้งเทคนิคการเจาะเลือดและการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม จะช่วยให้การแปลผลแม่นยำยิ่งขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์สาเหตุภาวะตัวเหลืองของทารกเพื่อการวินิจฉัยแยกภาวะตัวเหลืองปกติออกจากภาวะผิดปกติมีความสำคัญมาก ทำให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงซึ่งจะช่วยแก้ไขภาวะตัวเหลืองของทารกได้ตรงจุด การรักษาโดยเร็วจะช่วยลดระดับบิลิรูบินในร่างกายทารกไม่ให้สูงมากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อสมองของทารก ช่วยป้องกันความพิการทางสมองของทารก และช่วยลดความเครียดของมารดาและญาติผู้ดูแล

ปัจจุบันพยาบาลควรมีหลายบทบาทที่จะช่วยให้ทารกสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วและมีความสุข พร้อมมารดา เป็นการช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลและลดอัตราการ re-admit ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ช่วยทำให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลลดลง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง มีดังนี้ คือ

1. การสอน พยาบาลผู้สอนต้องมีความใส่ใจและความพร้อมของมารดาและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับความรู้และมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติ มีใจที่พร้อมและอยากปฏิบัติตาม หากจะให้ดียิ่งขึ้นควรมีการใช้สื่อหรือแอปพลิเคชันประกอบคำอธิบาย โดยมีประเด็นสำคัญ เช่น เนื้อหาที่สำคัญ ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม การประเมินและการแบ่งระดับความรุนแรง รวมทั้งแนวทางการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อมูลต่างๆ พร้อมทั้งประเมินผลย้อนกลับเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลของมารดาให้มีความเข้าใจตรงกัน

2. การสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจแก่มารดาและญาติผู้ดูแล เพื่อให้มีพลังในการดูแลทารกตัวเหลืองได้อย่างต่อเนื่องและช่วยลดความวิตกกังวลแก่มารดาและครอบครัว

3. การชี้แนะ มีการติดตามการดูแลทารกที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟเพื่อให้ทารกตัวเหลืองได้รับการส่องไฟอย่างถูกต้องเปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับภาวะทารกตัวเหลืองเพื่อลดความวิตกกังวลและให้คำชี้แนะ ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโดยเฉพาะหากได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ควรกระตุ้นทารกให้ดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมงและสนับสนุนให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงโดยให้นมมารดาสมาเสมอ ช่วยให้ระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกลดลงและหายจากภาวะตัวเหลืองเร็วขึ้น

4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินสภาพทารกเป็นระยะรวมทั้งติดตามประเมินอาการของทารกการดูแลทารกการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ตลอดจนพฤติกรรมทารกของผู้ดูแล

5. การจัดบรรยากาศ/สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการดูแลทารกตัวเหลืองโดยสะท้อนให้เห็นกระบวนการ/วิธีการในการดูแลทารกเป็นลำดับขั้นตอนที่ถูกต้อง ต่อเนื่องและเหมาะสม

6. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองมาวางแผน เพื่อค้นหาสาเหตุและหาแนวทางในการดูแลทารกตัวเหลืองแต่ละรายให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดจำนวนวันนอนที่รักษาโดยการส่องไฟ ลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโดยการส่องไฟ สังเกตและนำแนวคิดในการดูแลทารกตัวเหลืองไปศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อต่อยอดในการให้ความรู้แก่มารดาและญาติเพื่อดูแลทารกตัวเหลืองให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

7. มีการจัดระบบการตรวจวัดค่าความเข้มแสงของเครื่องส่องไฟให้ได้มาตรฐานกับการใช้งานและพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงกับทารกตัวเหลืองแต่ละราย

8. ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาขณะอยู่ในโรงพยาบาลและให้คำแนะนำวิธีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุป

ภาวะตัวเหลืองในทารกช่วง 2-3 วันหลังคลอด เกิดขึ้นได้ตามปกติ แต่อาจพบทารกที่มีภาวะตัวเหลืองผิดปกติในบางราย พยาบาลในฐานะทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลทารกจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาและสามารถประเมินภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับทารกได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ วงศ์ภาวิทย์. (2557). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. ใน สมบูรณ์ จันท์สกุลพร และคณะ บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์* 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 265-276). กรุงเทพฯ: นพชัยการพิมพ์.
- กุลวดี มณีนิล. (2559). ตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. ใน ประยงค์ เวชวินิชสนอง และวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ). *กุมารเวชศาสตร์ Pediatrics เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 103-104). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- ประวันโน เกียรติชูสกุล และคณะ. (2555). ผลการพัฒนาระบบประสาทของทารกที่มีภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 51(2), 120.
- ปิยภัสรา หรีอินทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลหนองสองห้อง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34 (3), 75-80.
- วรรณมน ปาพรม. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผูดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 38 (3), 167-178.
- วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล. (2554). *Neonatal Jaundice*. ใน ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช และคณะบรรณาธิการ. *Pediatrics*. (หน้า 441). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- วิลาศลักษณ์ ทะนงศักดิ์สกุล และคณะ. (2555). การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักร่างกายของทารกแรกเกิดที่ดูดนมมารดาอย่างเดียวที่อายุ 24, 48 ชั่วโมง และหาความสัมพันธ์กับการเพิ่มของค่า Microbilirubin ของทารกที่อายุ 48-72 ชั่วโมง กับน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 51(4), 277-286.
- สุขุมล หุนทนทาน. (2557). การศึกษาความชุก ความเสี่ยงทางคลินิกและผลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(4), 21-34.
- สุชีรา แก้วประไพ, สุทธิพรณ กิจเจริญ และจิราพร สิทธิถาวร. (2559). การประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 24(1), 139-153.
- อารีรัตน์ ระวังวงศ์. (2554). *รายงานการวิจัย เรื่องการดูแลทารกตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพ*. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนครศรีธรรมราช.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยทางการศึกษา ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือ กำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

1. ประเภทของเรื่องที่ส่งพิมพ์

บทความวิจัย เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วย หัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ กรอบแนวคิดของการวิจัย(ถ้ามี) ระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา วิเคราะห์หรืออภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ถ้ามีกิตติกรรมประกาศ หรือคำขอบคุณให้ระบุไว้ก่อนเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการ เป็นบทความที่เขียนขึ้น โดยมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการสำรวจวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ส่วนนำหรือบทนำ (การนำความที่แสดงเหตุผล หรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์) ส่วนเนื้อหา ส่วนสรุป และเอกสารอ้างอิง

2. รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

ชื่อผู้เขียน (Author) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และคุณวุฒิทางการศึกษาของผู้เขียน เรียงลำดับตามความมากน้อยของการมีส่วนร่วมในการทำงาน และลงอักษรย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนตำแหน่งหรือยศ และสถานที่ทำงานพิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัดในหน้าแรก

บทคัดย่อ (Abstract)

ภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยย่อเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ และมีส่วนร่วมประกอบคือ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงบรรทัดอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

ภาษาอังกฤษ แปลจากบทคัดย่อภาษาไทย มีขนาดเนื้อหาเหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ช่วยให้ผู้อ่านได้สืบค้นงานวิจัยหรือบทความได้ง่ายซึ่งจะใช้ประมาณ 3-5 คำ

บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาที่เป็นปัญหาในการทำวิจัย อ้างทฤษฎีและผลการวิจัยสนับสนุน ชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องที่ทำ และบอกให้รู้ว่าปัญหาการวิจัยคืออะไร งานวิจัยจะทำได้ และเพื่อวัตถุประสงค์อะไร

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework) (ถ้ามี) ให้ระบุภาพรวมของงานวิจัยว่ามีแนวคิดที่สำคัญอะไรบ้าง มีการเชื่อมโยง เกี่ยวข้องกันอย่างไร ซึ่งอาจแสดงเป็นแผนภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องมือในการวิจัยและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการวิจัย (Result/Finding) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ได้ ซึ่งอาจมีภาพประกอบ แผนภูมิ ตารางหรือภาพ สื่อนี้ในลักษณะอื่นๆ ที่เข้าใจได้ง่าย กรณีที่มีตาราง ให้ระบุ ตารางที่... ไว้เหนือตาราง และระบุที่มาไว้ใต้ตาราง ส่วนกรณีที่มีประกอบ ให้ระบุ ภาพที่... ไว้ใต้ภาพ พร้อมระบุที่มา

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) อภิปรายและอ้างอิงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในส่วนใด และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลการดำเนินงานให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรบอกข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้และระมัดระวังการเขียนรายละเอียดหรือแสดงความหมายของข้อมูลซ้ำกับส่วนของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เขียนบอกให้ทราบว่านำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่เป็นข้อจำกัด หรือที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการศึกษา/วิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association 6 edition)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การลงเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ระบุเฉพาะรายการที่ถูกอ้างอิงในเนื้อหาของบทความเท่านั้น โดยให้เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงมีดังนี้

3.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

เมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง ใส่ชื่อผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ปีที่พิมพ์และเลขหน้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายข้อความนั้น

กรณีเป็นชื่อภาษาไทยให้ใส่ชื่อและนามสกุล เช่น (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552, หน้า 20)

กรณีเป็นภาษาอังกฤษใส่เฉพาะนามสกุล เช่น (McCargo, 2002, pp.102-105) (Pratkanis, Breckler, & Greenwald, 1989)

กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ให้เขียนชื่อผู้แต่งคนแรกตามด้วย “et al” หรือ “และคนอื่นๆ” ในการอ้างอิงทุกครั้ง เช่น (Kendall et al., 1990)

3.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

3.2.1 หนังสือทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ครั้งที่พิมพ์). สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์

เช่น

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). พลังวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). The elements of style. (3rd ed.). New York: Macmillan.

3.2.2 บทความ/เรื่อง/ตอน ในหนังสือรวมเรื่อง

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณานุกรม (บรรณานุกรม). ชื่อหนังสือรวมเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์, หน้าที่ปรากฏในบทความ). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สุปราณี แจ้งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ้งบำรุงและคณะ, บรรณาธิการ. *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 21-26). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge: Cambridge University Press.

3.2.3 หนังสือแปล

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือแปล. แปลจาก ชื่อหนังสือต้นฉบับ. (ครั้งที่พิมพ์, ชื่อผู้แปล). สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์. เช่น

พาร์กินสัน, ซี บอร์โทคและรัสตอมจิ, เอ็มเค. (2536). *การบริหารยุคใหม่*. แปลจาก Realities In management. (เร็กซ์ดี ปานเจริญ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

3.2.4 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). ชื่อวิทยานิพนธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ) ชื่อสาขาวิชา,สังกัดของ สาขาวิชา, มหาวิทยาลัย. ถ้านำมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใส่หมายเลขฐานข้อมูลไว้ท้ายสุด เช่น

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียน สาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการวิจัยและพัฒนา หลักสูตรบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Young, R. F. (2007). Crossing boundaries in urban ecology: Pathways to sustainable Cities (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation & Thesis database. (UMI No. 327681)

3.2.5 รายงานการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย. (ปีที่พิมพ์). ชื่อรายงานการวิจัย. (หมายเลขประจำรายงานวิจัย). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์. เช่น

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพ การศึกษาไทย : การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

3.2.6 บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เช่น

อรุณ จันทวานิช. (2546). โรงเรียนสมบูรณ์แบบ. *วารสารวิชาการ*, 6(1), 20-23.

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

3.2.7 หนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน/วันที่). ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ.

เช่น

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, กุมภาพันธ์ 23). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Schemo, D. J. (2002, March 8). More graduates mired in debt, survey finds. *The NewYorkTime*, A18

3.2.8 อินเทอร์เน็ตหรือเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี เดือน วัน หรือ ม.ป.ป. หรือ n.d. ถ้าไม่มีบอกไว้). ชื่อเรื่อง. ชื่อฐานข้อมูลหรือชื่อ website ของบทความนั้น. ระบุ URL ให้ชัดเจน หลัง URL address ไม่ให้ใส่ (.)

เช่น

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*. Retrieved from http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยบันทึกไฟล์เป็นชนิด Word 97-2003 Document (.doc) มีความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16

4.2 การส่งเรื่องพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมไฟล์ต้นฉบับบันทึกลงแผ่น CD-ROM จำนวน 1 ชุด และรายละเอียดตามแบบเสนอบทความ

ส่งต้นฉบับพร้อมไฟล์ข้อมูลทางไปรษณีย์ถึง

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

- 1) อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ E-mail : howharn@gmail.com
- 2) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail : journalrachawadee@gmail.com
- 3) Submission Online : <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

4.3 การส่งต้นฉบับลงในวารสาร

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม โดยจะให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรก

ใบสมัครสมาชิกราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

มีความประสงค์ขอสมัครสมาชิกราชาวดีสาร โดยสมัครในนาม

() บุคคล ชื่อ.....

() หน่วยงานชื่อ.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสารE-Mail.....

มีความประสงค์

() สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ประเภท 1 ปี (2 ฉบับ) ราคา 350 บาท

☐ ประเภท 2 ปี (4 ฉบับ) ราคา 600 บาท

() ต่ออายุสมาชิก ☐ ประเภท 1 ปี (2 ฉบับ) ราคา 350 บาท

☐ ประเภท 2 ปี (4 ฉบับ) ราคา 600 บาท

ตั้งแต่ปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ถึงปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

โดยชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ ☐ ตัวแลกเงิน

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ทั้งนี้เป็นการส่งจ่าย **ปณ.จุมพล 32001**

ในนาม **บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์**

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร/...../.....

ใบสมัครโปรดจำหน่ายของส่ง

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 ต่อ 4104, 2206

โทรสาร 0-4451-1737

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่.....

.....ผู้รับเงิน

(.....)

ใบส่งบทความตีพิมพ์ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับผลงาน

จำนวน.....ชุด

Digital File

จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการติดต่อ/สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

เผยแพร่ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน จำนวน 3 ชุด และ Digital File พร้อมทั้งส่งธนาคัตติค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือ เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินดี
ปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของ
วารสารต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 ต่อ 4104, 2206

โทรสาร 0-4451-1737

E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ธนาคัตติค่าตีพิมพ์บทความ
กรมการบัญชีการส่งจ่ายที่ ปณ.จุมพล 32001
ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



เอกลักษณ์สถาบัน

“สร้างคนจากชุมชน เพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน”

อัตลักษณ์บัณฑิต

“การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”