

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI

ISSN 1906-6813

ISSN 2730-2342 (online)



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563

VOL. 10 NO. 2 July - December 2020





ราชภัฏสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณาท พรหมศวร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์สาคร สอนดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุณภักดิ์ ทูลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผศ.ดร.สังวรรณ ังตกระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 5. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รศ.ดร.จันทร์จิรา เจียรณัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 9. ดร.กิตติภูมิ ภิญโย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 10. อาจารย์อุทัยวรรณ สุกิมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 11. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางป้ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 12. นพ.จะเด็จ ดียิ่ง | โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |

ฝ่ายจัดการ

คุณสุณิสา สำเร็จดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณอรทัย รัตนโชติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณดารณี บุญอุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563 Volume 10 Number 2 July – December 2020

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วัตถุประสงค์ :

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

ขอบเขต : สาระในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ได้แก่ บทความวิจัย บทความ
วิชาการ และบทความพิเศษซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าพลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

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

อัตราค่าสมาชิก : ตั้งแต่ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2563) เป็นต้นไป ราชาวดีสาร วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถ
ติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

อัตราค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ : 3,000 บาท/บทความ

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ฝ่ายวิจัยและบริการ
วิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
32000โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737
E-mail: journalrachawadee@gmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563 ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรีมาลย์ นีละไพจิตร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี วิทย์พันธ์ | สำนักวิชาสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 3 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4 | ดร.สุดคณิง | สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| 5 | ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี |
| 6 | ดร.นุสรรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ |
| 7 | ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 8 | ดร.กิตติพร เนาวิสุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| 9 | ดร.สาดี แฮมิลตัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง |
| 10 | ดร.ปัฐยาวัชร ปรากฎผล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
พระพุทธบาท |
| 11 | ดร.วารุณี มีเจริญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |
| 12 | ดร.อติพร ทองหล่อ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 13 | ดร.สุพิศรา เศลวัตนะกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 14 | ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563
สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ผลของโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทย ระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 6 ลัดดา เหลืองรัตนมาศ กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว นิศารัตน์ ยุวพัฒน์วงศ์ สิริวรรณ นิรมาล และปวีณา ประภาทานัง	1
● การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพันธุกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล สมจิตต์ เวียงเพิ่ม ทยาวิรุ จันทรวินวัฒน์ และภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก	15
● ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เยาวนา ยงยืน ภาวิณี แพงสุข และเยาวพา วรรณแก้ว	28
● การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา อรวิดี กาลสงค์	38
● ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นภัสวรรณ สันจร	54
● ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนที่หนีเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี นิรุธ มะโนมัย ทรงสุตา หมั่นไธสง วิไลพร พลสูงเนิน สันติ ยุทธยง และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	69
บทความวิชาการ	
● วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ: ในยุคการปรับเปลี่ยน อติญาณ์ ศรีเกษตริน ชุติมา มาลัย ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และสุทธนันท์ กัลละ	80
● แนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ สู่การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน : สู่การชะลอการเสื่อมของ ไตในผู้ป่วยเบาหวาน ณิกานต์ วงษ์ประกอบ กฤตกร หมั่นสระเกษ จงกณี ตั๊ยะเจริญ และสุพิตรา เศลวัตนะกุล	93
คำแนะนำในการตีพิมพ์	105

สารจากบรรณาธิการ

ในโอกาสที่ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พุทธศักราช 2563 กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นอย่างดีตลอดปีนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้พิจารณาบทความต้นฉบับ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งที่ทำให้รักษาคุณภาพทางวิชาการของวารสาร ขอขอบคุณนักวิจัยทุกท่านที่ให้ความสนใจในการส่งผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ และท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณท่านผู้อ่านทุกท่านที่เลือกหยิบราชวดีสารฯ เป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อทำงานวิจัยหรือบทความวิชาการ ซึ่งกองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่าท่านได้รับประโยชน์จากวารสารอย่างเต็มที่

สาระในวารสารฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจ คือบทความวิชาการเรื่อง วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ : ในยุคการปรับเปลี่ยน และเรื่องแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ สู่การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน : สู่การเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนบทความวิจัยนั้นมีทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่ ผลของโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิก บุหรี่ทั่วไทย ระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 6 การวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบเชิงยืนยันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียนที่หนีเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบกันใหม่ในปีพุทธศักราช 2564 สำหรับผู้สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ ท่านสามารถส่งผลงานเผยแพร่หรือติดตามอ่านวารสารแต่ละฉบับได้ทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin> แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
บรรณาธิการ

ผลของโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรืทั่วไทย ระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 6

ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, Ph.D. *, ภัฏญาวีณ์ โมกขาว, Ph.D. *

นิสารัตน์ ยวพัฒน์วงศ์, พย.ม. **, สิริวรรณ นิรมาล, พย.ม. **,

ปวีณา ประกาศานัง, พย.ม. **

Received : February 24, 2020

Revised : June 25, 2020

Accepted : August 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลของโครงการส่งเสริมดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรืทั่วไทยเพื่อขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรืทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 โดยประเมินรูปแบบชิป เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้บริหารระดับจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สมัครใจเลิกบุหรื เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามสำหรับสนทนากับผู้ให้ข้อมูลและแบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลิกสูบบุหรื วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการวิจัยในปัจจัยทั้ง 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านบริบท บางอำเภอมีการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรื 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้บริหารโครงการมีความแตกต่างกันไปในแต่ละอำเภอ บางอำเภอมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ แต่มีบางอำเภอที่มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานด้านบุหรืดำเนินการ 3) ด้านกระบวนการ ผู้ดำเนินโครงการมีแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิญชวนผู้สมัครใจเลิกบุหรื ได้แก่ สร้างความเข้าใจที่ตรงกันในทุกระดับของผู้ปฏิบัติ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ การสนับสนุนการสร้างบุคคลต้นแบบ ส่งเสริมให้มีนวัตกรรมเลิกบุหรื จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรื จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ และผลักดันเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการ พขอ. ส่วนผู้สมัครใจเลิกบุหรืมีการคิดวิเคราะห์ถึงโทษพิษภัยของบุหรืที่มีต่อตนเองและครอบครัว ด้านผลผลิตผู้สมัครใจเลิกบุหรืสามารถเลิกสูบบุหรืได้โดยใช้กระบวนการประเมินสิ่งแวดล้อมซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.91$, $SD = 0.79$) 4) ผู้สมัครใจเลิกบุหรืจำนวน 6,702 คน เลิกบุหรืได้ 3 เดือนจำนวน 898 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 แต่มี 2 อำเภอที่มีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายร้อยละ 30 จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินโครงการของแต่ละอำเภอสำเร็จขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การส่งเสริมให้สร้างนวัตกรรมช่วยเลิกบุหรืในรูปแบบต่างๆ เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้สมัครใจเลิกบุหรืสามารถเลิกบุหรืได้สำเร็จ รวมไปถึงการเสริมพลังให้คณะทำงานในระดับพื้นที่ได้มีโอกาสพบทวนเป้าหมายและสิ่งที่ทำ นอกจากนี้ยังควรกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดและการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสร้างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ การเลิกบุหรื การประเมินรูปแบบชิป

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail : ladda@bnc.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

The Results of the Project for Creative Convincing and Welcome to Quit Smoking Throughout Thailand at the District Level in Health Region-6

Ladda Leungratanamart, Ph.D.* Kanyawee Mokekhaow, Ph.D.*

Nisarath Yuwapattanawong, M.N.S.** , Siriwan Nirmal, M.N.S.**

Paweena Prakatanung, M.N.S.**

Abstract

This research project aimed to evaluate the project for creating convincing and welcome to quit smoking throughout Thailand to drive "The 3-million people in 3 years to quit smoking to promote King's project" at the district level in health region-6 using CIPP model. This study used a mix-method research design comprised of qualitative and quantitative data. The participants involved in this study included provincial administrators, district public health administrators, public health officers, public health volunteers, and smokers willing to quit smoking. Probe questions for discussion with participants and the smoking cessation behavior questionnaire were used for data collection. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed 4 factors including 1) Context factor: some districts had policies regarding smoking reduction and cessation. 2) Input factor: the project managers in each district were different. Some districts promoted district, public health administrators, as a project manager whereas some districts promoted personals who took responsibility for smoking cessation as a project manager. 3) Processing factors: Creating a consistent understanding at all levels of practitioners, financial supporting, advocating creating good model, promoting smoking cessation innovation, providing an environment suitable for smoking cessation, setting up knowledge sharing among districts, and forcing the project into DHS meeting agenda were used as strategies by project managers. 4) Productivity factor: the success of smoking cessation volunteers mostly used the environment evaluation process ($M = 3.91$, $SD = 0.79$). Of 6,702 smoking cessation volunteers, there were 898 volunteers able to quit smoking for 3 months (13.40%). 2 districts have 30% of their target performance. The research finding implied that the success of each project depended on the readiness of each setting, supports from administrators, and promoting smoking cessation innovation as well as empowering local working groups to have an opportunity to review their goals and actions. It should also be designated as a key performance indicator and evaluation. Building a working network in the area should also be promoted.

Keywords: quit smoking, smoking reduction, driving the implementation, empowerment

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Chonburi; Corresponding E-mail : ladda@bnc.ac.th

** Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Chonburi

บทนำ

การเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ จัดได้ว่าเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ 1 คน หรือเท่ากับเกือบ 6 ล้านคนต่อปี และได้คาดการณ์ไว้ว่า ใน ปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่ มากกว่า 8 ล้านคน (World Health Organization, 2016) เป็นเหตุให้องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมาย การลดการสูบบุหรี่ทั่วโลก ลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 โดยในปี 2560 สำหรับในประเทศไทย มีคนไทย 1 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตคนละ 2 ปี มีอายุสั้นลงเฉลี่ย 12 ปี และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 50,000 คน (ประกิต วาฬีสาทกกิจ, 2559)

จากสถานการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ของประชากรไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขได้ค้นหาวิธีการช่วยเหลือผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่ ซึ่งแต่ละสถานบริการสาธารณสุขมีวิธีการช่วยเหลือที่หลากหลาย เช่น จัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กลวิธีทางสุขศึกษา เช่น การบรรยาย การสาธิต กระบวนการกลุ่ม ฯลฯ มีการใช้ทฤษฎีต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมหรือกิจกรรมลด ละ เลิกบุหรี่ เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีการเรียนรู้ในสังคม และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, et al., 1994) ซึ่งทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ถูกนำมาใช้ในการลด ละ เลิกบุหรี่ มากที่สุด (พรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557) การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในปัจจุบันของสถานบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายลดจำนวนนักสูบหน้าใหม่ ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบและการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีการบริหารจัดการที่แตกต่างหลากหลายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ปัจจุบันแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหาบุหรี่ในชุมชน คือ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคประชาชน และท้องถิ่น (อรรพรรณ สัมภามานะ, ดวงเดือน อินทรบำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจรี และรัชฎาภรณ์ เทียงสุข, 2559) จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร และภรรยา เป็นต้น (วิไลรัตน์ จิตตโคตร, สุพัฒน์ กองสีมา, วิไลวรรณ คมชา และรจนา สุโพธิ์, 2551)

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ปี 2558 - 2562) ตั้งเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรี่ลงจากร้อยละ 19.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2562 คือ ต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 1.8 ล้านคน (ทัศนีย์ ผลชานิก, 2559) โดยการจัดทำโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เน้นการชวน เชิญ และช่วยให้ประชาชนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ได้ 3 ล้านคน ภายใน 3 ปี โครงการนี้เป็นการดำเนินงานเชิงรุก ผลที่ได้จากการเริ่มดำเนินการ ในปี 2559 จนถึงปัจจุบัน มีผู้เข้าร่วมโครงการ 676,561 คน มีผู้เลิกบุหรี่สำเร็จติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน ภายใต้โครงการจำนวน 115,939 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ของผู้เข้าร่วมโครงการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องเร่งรัดการดำเนินงาน เพื่อชวน เชิญ และช่วยให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมถึงหารูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในการเพิ่มจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ให้ได้มากกว่า 6 เดือน โดยสนับสนุนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชน และเพื่อเป็นการขับเคลื่อนโครงการฯ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สนับสนุนให้เขตสุขภาพดำเนินการด้านการเลิกบุหรี่โดยจัดทำโครงการส่งเสริมดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญเลิกบุหรี่ทั่วไทยผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) การที่จะทราบได้ว่าโครงการนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ต้องมีการประเมินผลโครงการ

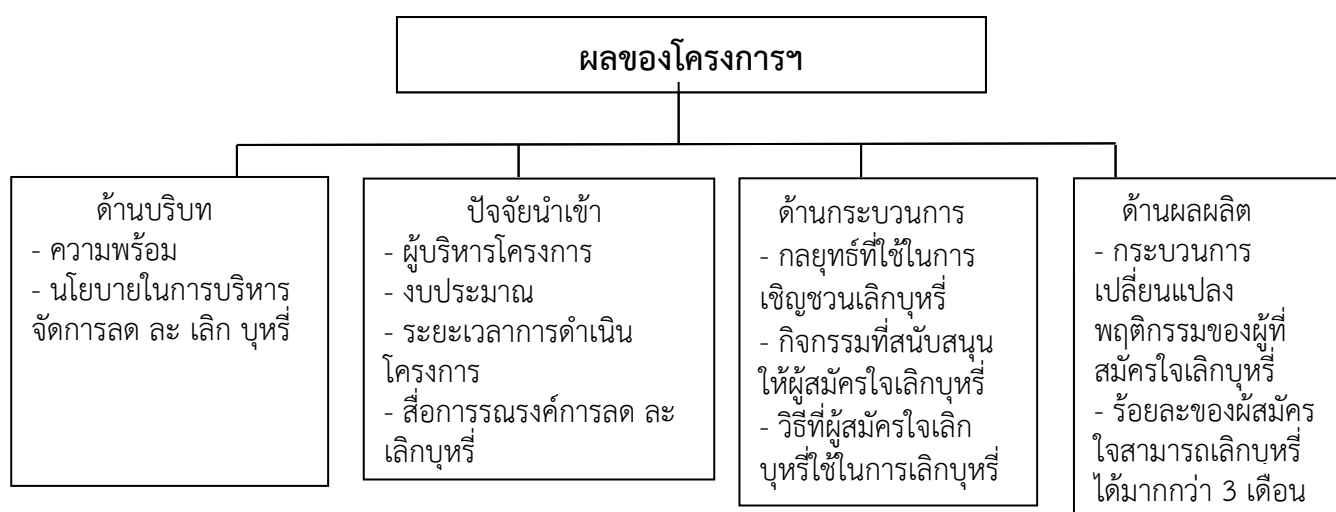
คณะผู้วิจัยจึงสนใจติดตามผลโครงการส่งเสริมดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรืทั่วไทย เพื่อขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรืทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยใช้การประเมินรูปแบบชิป (CIPP model) (Stufflebeam, Madam, & Kellaghan, 2000) เป็นการประเมินเชิงระบบ ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท (cortex) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับนโยบาย แนวทางการบริหารจัดการ ความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมายโครงการสอดคล้องกับการดำเนินงานของพื้นที่ การรับรู้และการยอมรับนโยบาย ด้านปัจจัยนำเข้า (input) เป็นการประเมินความเหมาะสม เพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ด้านกระบวนการ (process) ประเมินเกี่ยวกับรูปแบบดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ วิธีการช่วยเลิกบุหรื และด้านผลผลิต (product) เป็นการประเมินติดตามผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถเลิกบุหรืได้ โดยประเมินจากระดับการบรรลุผลสำเร็จตามความคาดหวังของโครงการ จำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการและจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรืติดต่อกันได้ 3 เดือน ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจของผู้บริหารในการจัดทำแนวทางเชิงรุกเพื่อขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรืทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินติดตามผลโครงการส่งเสริมดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรืทั่วไทยเพื่อขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรืทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 โดยศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต จากการดำเนินโครงการฯ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาการดำเนินโครงการภายใต้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีมหรือโมเดลชิป (Stufflebeam's or CIPP Model) ซึ่งการประเมินเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งสารสนเทศที่มีประโยชน์ เพื่อนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจ นอกจากนี้การที่ผู้สูบบุหรืจะสามารถเลิกบุหรืได้นั้นสิ่งสำคัญอยู่ที่ตัวผู้สูบบุหรืเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นจึงใช้กรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สมัครใจเลิกบุหรื โดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change) ของโปรชาสกาและเวลีเซอร์ (Prochaska and Velicer, 1997) ซึ่งกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ที่เป็นตัวหลักต้นเริมการเปลี่ยนแปลงไปสู่แต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการเลิกบุหรืของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ



รูป 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยที่ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาค้นคว้าเชิงลึก เน้นการบรรยายเชิงพรรณนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ลึกซึ้ง มีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้กระบวนการด้วยการตีความหรือหาความหมายของพฤติกรรม และมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ เป็นการยืนยันข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เติมเต็มประเด็นการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเลิกบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 8 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 19 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 19 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2,424 คน ผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 19 คน ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ในเขตสุขภาพที่ 6 จากอำเภอละ 500 คน จำนวน 19 อำเภอ รวม 9,500 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในโครงการฯ และพิจารณาจากประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฯ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุข จำนวน 8 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 19 คน ผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการฯ จำนวน 19 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 19 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 6,702 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 384 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 423 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 แล้วจึงสุ่มหน่วยตัวอย่างแบบง่าย (Sample random sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอทั้ง 19 อำเภอ ผู้วิจัยได้รับข้อมูลตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้พิจารณาประเด็นจริยธรรม เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ เลขที่จริยธรรมวิจัย BNC REC 08/2561 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่มาใช้บริการ ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

1. เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้สมัครใจเลิกบุหรี่เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ตัวอย่างคำถามสำหรับผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบ

โครงการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เช่น นโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรี่ของอำเภอ เป็นต้น แนวคำถามสำหรับผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ เช่น วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ของตนเอง ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่

2. เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) สอบถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และภูมิสำเนา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกา (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง และไม่เคย มีจำนวน 40 ข้อ ตามกระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 กระบวนการ การแปลความหมายของคะแนน แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การแปลผลคะแนนที่ได้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.33 - 3.67 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.32 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronba's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .896

2. การตรวจสอบคุณภาพ ใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยนักวิจัยในทีมวิจัยทั้ง 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลเดียวกันแล้วนำมาประชุมปรึกษากันเพื่อหาข้อสรุปร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลายมาร่วมในการวิเคราะห์ และใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มาช่วยยืนยันกระบวนการดำเนินงานโครงการฯ และกระบวนการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมายในการตรวจสอบแต่ละวิธีถ้าให้ผลที่ไม่แตกต่างแสดงว่าข้อมูลนั้นถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมทีมวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้านบุหรี่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีทั้ง 8 จังหวัด ให้คัดเลือกอำเภอที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ และส่งรายชื่ออำเภอแต่ละอำเภอใน 8 จังหวัด มาที่วิทยาลัยฯ

3. ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญสาธารณสุขอำเภอและผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการณรงค์เลิกบุหรี่ในแต่ละอำเภอ ประชุมชี้แจงโครงการฯ และขั้นตอนการดำเนินงาน

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยติดตามการดำเนินงานโครงการฯ และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบโครงการอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ และรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในขณะที่สัมภาษณ์จะตั้งคำถามทีละคำถาม ให้อำเภอในการตอบคำถาม ไม่ใช่คำถามนำ ผู้รวบรวมข้อมูลจดบันทึกการสัมภาษณ์ทันที และใช้เครื่องบันทึกเสียงบันทึกการสนทนา โดยแจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์หรือผู้ร่วมสนทนา รับทราบ และให้ความยินยอมก่อน

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ในโครงการฯ ในพื้นที่อำเภอที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 19 อำเภอ ตอบแบบสอบถาม โดยเก็บหลังจากเข้าร่วมโครงการฯ แล้ว 3 เดือน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562

6. ทีมวิจัยติดตามเยี่ยมแต่ละอำเภอ โดยติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแนวคำถามวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเลิกบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ตอบแบบสอบถาม

7. จัดประชุมโดยให้ผู้รับผิดชอบนำเสนอสรุปผลการดำเนินโครงการฯ และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้รับผิดชอบโครงการฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนผู้บริหารใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ถอดบทเรียน และสรุปประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย

ผลการประเมินติดตามผลโครงการส่งเสริมการดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 ภายใต้กรอบแนวคิด CIPP model ซึ่งประเมิน 4 ด้านมาประกอบกัน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) และทฤษฎีระบบ ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

1.ประเมินด้านบริบท มีการจัดประชุมเพื่อถ่ายทอดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการส่งเสริมการดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยภายใต้การขับเคลื่อน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ให้ผู้รับผิดชอบโครงการแต่ละอำเภอได้รับทราบพร้อมกัน แต่มีบางอำเภอผู้ที่มารับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการไม่ใช่ผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้บางพื้นที่เริ่มดำเนินกิจกรรมในโครงการช้า

จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่าบางอำเภอมีการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรี่ เช่น การกำหนดมาตรการให้มีการบรรจุวาระการประชุมเรื่องการลด ละ เลิกบุหรี่ไว้ในวันประชุมหมู่บ้านโดยมีเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านไม่ให้มีการสูบบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหารทุกระดับต้องเป็นบุคคลต้นแบบของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีการวางนโยบายให้แต่ละรพสต.ในเขตรับผิดชอบในการจัดกิจกรรมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ของแต่ละอำเภอ พบว่าแต่ละอำเภอมีการประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการฯ พบว่าอำเภอที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวน 19 อำเภอ ใน 8 จังหวัด ซึ่งอำเภอที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฯ มีบางอำเภอที่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจากเป็นโครงการฯ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงใช้ระเบียบการเบิกจ่ายเงินของสสส. ซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการฯ ไม่เข้าใจระเบียบการเบิกจ่าย และหลักฐานการเบิกจ่าย และบางอำเภอมีประสบการณ์การทำโครงการแล้วไม่สามารถเบิกเงินได้

2. **ด้านปัจจัยนำเข้า** ประกอบด้วย ผู้บริหารโครงการ งบประมาณ ระยะเวลาการดำเนินโครงการ และ สื่อการรณรงค์การลด ละ เลิกบุหรี่ ในส่วนของผู้บริหารโครงการมีความแตกต่างกันไปในแต่ละอำเภอ บาง อำเภอมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ แต่มีบางอำเภอที่มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานด้านบุหรี่ ดำเนินการ ส่วนงบประมาณได้รับการสนับสนุนอำเภอละ 20,000 บาท ซึ่งใช้ได้เฉพาะในหมวดเงินที่สำนักงาน สร้างเสริมสุขภาพกำหนด ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าจัดประชุมชี้แจงโครงการฯ ระยะเวลาในการ ดำเนินโครงการฯ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 และการสนับสนุนด้านสื่อการรณรงค์ การลด ละ เลิกบุหรี่ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ

3. **ด้านกระบวนการ** การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เชิญชวน ช่วยเลิกบุหรี่การดำเนินงาน การ จัดกิจกรรมในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่งเสริมการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร กลยุทธ์ที่ใช้ในการเชิญชวนเลิกบุหรี่ ได้แก่ การติดป้ายและกำหนดเขต ปลอดบุหรี่ สร้างเครือข่ายภาคประชาชนโดยการเชิญชวนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงาน การสร้าง เครือข่ายภาครัฐ โดยการสร้างทีมงาน กำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกัน และสนับสนุนให้ใช้กลไกการ ทำงานของอสม. ในการกำกับติดตามผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ แนวทางการบริหารจัดการใน เขตสุขภาพที่ 6 ทุกอำเภอใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกหลักในการชักชวนผู้เลิกบุหรี่และ ติดตามผู้เลิกบุหรี่ โดยเริ่มจากการใส่วาระการประชุม เรื่อง นโยบายการลด ละเลิกบุหรี่ในวาระการประชุม ประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่และการเลิกบุหรี่

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการฯ สรุปกระบวนการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบโครงการดังนี้

3.1 กระตุ้น ในแต่ละอำเภอจะมีการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน ภายหลังจากที่ได้มีการประชุม ชี้แจงจากผู้สนับสนุนงบประมาณในการจัดโครงการแล้ว ผู้รับผิดชอบโครงการฯ เข้าใจขั้นตอนการทำงาน วัตถุประสงค์โครงการที่ชัดเจน เห็นความสำคัญของการดำเนินโครงการในพื้นที่ มีเจตจำนงจะทำและสมัครใจเข้า ร่วมโครงการฯ หลังจากนั้นบางอำเภอมีการทำงานเชิงรุก จัดประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องในอำเภอ เป็นการ กระตุ้นให้ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลด้านบุหรี่ได้รับทราบโครงการฯ และเป้าหมายที่ชัดเจน

“หลังจากโครงการฯ อนุมัติแล้ว ก็จะนัดเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม. ในพื้นที่มาประชุมจะได้รับรู้ เหมือนกันและร่วมกันว่าจะทำกันอย่างไรต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เคยมีโครงการแบบนี้มาก่อนแล้ว แต่ก็ยังไม่ค่อยได้ทำอะไรกัน ก็บอกเพียงแค่ว่าอสม. ต้องไปหา คนที่เลิกบุหรี่ในตำบลของตนเอง หาคนเลิกมาให้ได้ 3 คน มีได้บ้างไม่ได้บ้าง เมื่อมีโครงการนี้มาก็ต้องไปชี้แจง ให้ทุกคนได้รับรู้ให้ชัดเจน มีกำหนดคนเลิกอำเภอละ 500 คน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3.2 หนุนเสริม จากการที่แต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคลที่ต่างกัน อำเภอที่เปลี่ยน ผู้รับผิดชอบโครงการบ่อย ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จะยังไม่มิกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ ลดหรือเลิกบุหรี่ มีแต่การสำรวจผู้ที่สูบบุหรี่และคำแนะนำ ในทางกลับกันอำเภอที่มีผู้บริหารสนับสนุนจะทำให้ การดำเนินงานโครงการฯ เป็นไปด้วยดี ส่งเสริมให้มันวัตรกรรมการเลิกบุหรี่ในพื้นที่

“ผมเพิ่งมาทำงานนี้ ยังไม่รู้จะทำอะไร คนเก่าเขาก็ไม่ได้บอกอะไรไว้ ผมต้องมาเริ่มใหม่ ขอเวลา ผมศึกษาก่อนนะครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ต้องยอมรับว่าปัญหาบุหรี่ไม่ได้ถูกนำขึ้นมาเป็นประเด็นของพื้นที่ คำตอบคือยังไม่ได้เอาเข้าไปคุย ในคณะกรรมการพขอ. เนื่องจากพื้นที่นี้มีเรื่องอื่นที่สำคัญกว่า แต่ยังไม่ปีหน้าก็จะเอาเข้าไปคุยในกรรมการดู” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.3 เติมพลัง การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่เป็นงานที่ยาก และต้องใช้ระยะเวลา ดังนั้น จึงต้องมีการเสริมพลังให้คณะทำงานในระดับพื้นที่ได้มีโอกาสทบทวนเป้าหมายและสิ่งที่ทำ รวมทั้งเสริมพลังให้

สามารถขับเคลื่อนโครงการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การจัดเวทีเสริมพลัง

“กิจกรรมเสริมพลังเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ที่จัดให้ ทำให้ได้เรียนรู้การทำงานของแต่ละอำเภอ มีโอกาสทบทวนเป้าหมายที่ทำ ร่วมกิจกรรมที่สนุก เหมือนได้ชาร์ตแบต เราอย่าปล่อย อสม. เดินคนเดียว เราต้องประชุมชาวบ้าน ต้องบอกชาวบ้านว่า อสม. ชื่อนาย..... เอ่ยชื่อไปเลยในที่ประชุม แล้วให้เค้าลุกขึ้นมายืนให้ชาวบ้านปรบมือให้ แค่นี้ก็ทำงานตายแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3.4 ประสานความร่วมมือสู่การสร้างเครือข่าย การประสบความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฯ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือการสร้างเครือข่ายในผู้รับผิดชอบในเรื่องบุหรี่แต่ละอำเภอได้มีโอกาสมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นแรงผลักดันให้ปฏิบัติงานต่อเนื่อง นอกจากนี้การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และการเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่มาร่วมกันทำงาน

“เราทำงานร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐที่ท่านนายกเทศมนตรี เป็นผู้สนับสนุนหลัก คณะกรรมการ พชอ. ที่มีตำรวจ สาธารณสุข และอีกหลายๆ ท่าน ส่วนภาคเอกชนก็เป็นโรงงาน สถานประกอบการ เราก็ช่วยเหลือกันเต็มที่ให้บุหรี่และยาเสพติดน้อยลง ที่สำคัญผู้นำของทุกภาคส่วนต้องเป็นแบบอย่าง ไม่สูบบุหรี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ให้โรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบำบัดผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้แก่ กลุ่มคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้มาตรวจคัดกรองโรคหัวใจ และพระภิกษุ มีการจัดทำโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล จัดทำสื่อ รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ เช่น การจัดทำป้ายไว้นิลงติดตั้งในสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะเวลาที่มีการจัดงานประจำปีของอำเภอ เพื่อเชิญชวนให้สมัครเข้าร่วมโครงการ และให้ความรู้แก่ประชาชน ติดแผ่นสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่ และดูแลอย่างเข้มงวดให้ประชาชนไม่สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการค้นหาผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ชักชวนให้มาเข้าร่วมโครงการฯ และติดตามประเมินผลโครงการฯ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มชักชวนคนใกล้ชิดก่อน แล้วจึงขยายไปยังเพื่อนบ้านใกล้เคียงไปเรื่อยๆ รวมทั้งส่งเสริมให้คนในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจกับผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ วิธีการช่วยเหลือผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จได้แก่ การให้คำปรึกษา การใช้พืชสมุนไพรเป็นตัวช่วยในการเลิกบุหรี่ เช่น ขารางจืด ขาหญ้าดอกขาว ขาหญ้าหวาน มะนาวฝาน มะขามเปียก เป็นต้น การใช้วิธีนวดกดจุดเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ มีการจัดกิจกรรมร้องเพลง แข่งขันกีฬาเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสื่อให้เห็นภาพโทษพิษภัยของบุหรี่ที่รุนแรง และส่งเสริมให้คนในครอบครัวให้กำลังใจผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่

จากการสัมภาษณ์ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ พบว่า ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มีวิธีการในการเลิกบุหรี่ คือ การหักดิบ ซึ่งเป็นการตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่อย่างสิ้นเชิง ในระยะต้นของการเลิกบุหรี่ ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ใช้วิธีทำสมาธิเพื่อยืดเวลาการอยากบุหรี่ออกไป ทำให้อาการอยากสูบบุหรี่ลดลง นอกจากนี้มีการใช้พืชสมุนไพรในการลด ละ เลิกบุหรี่ เช่น ขารางจืด ขาหญ้าดอกขาว มะขามเปียก มะนาวฝาน เป็นต้น มีผู้สมัครใจเลิกบุหรี่บางคนมีการลดจำนวนเลิกบุหรี่ลงซึ่งจำนวนบุหรี่ที่ลดไม่เท่ากัน มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เช่น แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ใช้วิธีการพูด ชักชวน และโน้มน้าวจิตใจ ให้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ คิดวิเคราะห์ถึงโทษพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีสื่อโฆษณาที่แสดงให้เห็นว่าบุหรี่มันมีโทษ สังคมรังเกียจ ต้องสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่หรือต้องแอบสูบในที่ที่คนอื่นไม่เห็น ตามมุมต่างๆ ไม่สามารถสูบบุหรี่ในที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านหรือใกล้ๆ กับผู้อื่นได้ บางคนเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพของปอดลดลง ทำงาน

หนักไม่ได้หายใจไม่สะดวก ทำให้ต้องเลิกบุหรี่ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จคือ ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้เมื่อได้กลิ่นบุหรี่ทำให้อยากสูบบุหรี่ขึ้นมาอีก และภายหลังการเลิกบุหรี่ในระยะ 1-2 วันแรก ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ

4. ด้านผลผลิต

จากการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่ 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 48.35 ($SD = 10.52$) มีอายุระหว่าง 45-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.62 มีอายุระหว่าง 25-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.05 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 44.10 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยมีกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การประเมินสิ่งแวดล้อม	3.91	.79	มาก
การประกาศอิสรภาพของสังคม	3.90	.67	มาก
การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	3.81	.76	มาก
การเสริมแรงในการจัดการ	3.76	.77	มาก
การกระตุ้นให้ตื่นตัว	3.69	.81	มาก
การระบายอารมณ์	3.69	.74	มาก
การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	3.66	.83	ปานกลาง
การประเมินตนเอง	3.59	.75	ปานกลาง
การควบคุมสิ่งเร้า	3.58	.89	ปานกลาง
ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	3.56	.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในระดับที่มาก 6 กระบวนการ โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้แก่ กระบวนการประเมินสิ่งแวดล้อม ($M = 3.91$, $SD = .76$) การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ($M = 3.90$, $SD = .67$) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($M = 3.81$, $SD = .76$) การเสริมแรงในการจัดการ ($M = 3.76$, $SD = .77$) การกระตุ้นให้ตื่นตัว ($M = 3.69$, $SD = .81$) และการระบายอารมณ์ ($M = 3.69$, $SD = .74$) ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ($M = 3.56$, $SD = .68$)

โครงการฯ กำหนดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เลิกบุหรี่ได้ มากกว่า 3 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 30 จากการติดตามสรุปผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ทั้งหมด 6,702 คน คิดเป็นร้อยละ 70.55 และมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปจำนวน 898 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายของโครงการที่กำหนดไว้ แต่ถ้าพิจารณารายอำเภอ มี 2 อำเภอที่มีผู้เลิกบุหรี่ได้ มากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 30 ซึ่งมีวิธีการดำเนินงานโดยเชิญชวนประชาชนในหมู่บ้านที่สูบบุหรี่ ติดตามผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะจนสามารถเลิกบุหรี่ได้ รวมทั้งให้รางวัลสำหรับผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนี้ยังมีการป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ โดยการเน้นกิจกรรมในโรงเรียน ใช้วิธีการให้สุขศึกษาแก่นักเรียนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ที่อยากรู้ อยากลอง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การบริหารจัดการให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรี่ของอำเภอประสบผลสำเร็จคือ ผู้นำสูงสุดระดับอำเภอ ผู้นำชุมชนทุกระดับ และอสม. เป็นแบบอย่างในการเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สามารถสื่อสารความรู้ให้ประชาชนเข้าใจถึงโทษพิษภัยของบุหรี่ได้ การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีโอกาสทำงานโดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ไม่ปล่อยให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขทำงานคนเดียว มีการเสริมแรงเป็นระยะเพื่อให้รู้สึกภาคภูมิใจในงานที่ได้ทำ มีการรณรงค์สร้างความตระหนักให้กับประชาชนถึงโทษพิษภัยของบุหรี่ ป้องกันไม่ให้มีการสูบบุหรี่ จัดโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการจัดสรรงบประมาณได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังกำหนดให้การจัดการหน่วยงานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่เป็นตัวบ่งชี้ในการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานอีกด้วย

ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ 3 เดือนขึ้นไป ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากบางจังหวัดเป็นจังหวัดชายแดน ทำให้มีปัญหาการลักลอบนำบุหรี่หนีภาษีเข้ามาปริมาณมาก บุหรี่ซื้อขายได้ง่าย และมีราคาถูก มีการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรในพื้นที่ ทำให้การติดตามได้ไม่ต่อเนื่อง และการเคลื่อนย้ายของประชากรทำให้มีนักสูบบุหรี่หน้าใหม่เข้ามาเพิ่มอีก บางอำเภอมีบุคลากรในการค้นหาผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ค่อนข้างน้อย ขาดงบประมาณในการค้นหาและติดตามผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ ประชาชนบางกลุ่มขาดความเชื่อมั่นในตัวอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ในโปรแกรมยังมีความรู้ด้าน IT ไม่เพียงพอ ทำให้ลงข้อมูลไม่ถูกต้อง รายงานผลจึงไม่ตรงกับจำนวนที่แท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการติดตามผลโครงการส่งเสริมดำเนินงานสร้างสรรค์ ชวน เชิญ เลิกบุหรี่ทั่วไทยระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นโครงการเพื่อขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลการศึกษา**ด้านบริบท** พบว่า วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละจังหวัด แต่มีบางอำเภอที่ผู้มารับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการไม่ใช่ผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เริ่มดำเนินกิจกรรมในโครงการล่าช้า ซึ่งการทำงานจะเกิดประสิทธิภาพสิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ การสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย วัตถุประสงค์ รวมถึงเป้าหมายของโครงการ การที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องจะเกิดการยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญในการดำเนินงาน สอดคล้องกับงานวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบรรณศิริ ที่พบว่า ในช่วง 3 เดือนแรกบุคลากรรับรู้นโยบายไม่ชัดเจนและส่วนใหญ่รับรู้เฉพาะระดับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน ในช่วง 6 เดือน ด้านการรับรู้ขยายตัวเพิ่มขึ้น (สมยศ ศรีจรรย์ และคณะ, 2560) การรับรู้และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้รับผิดชอบโครงการมีความแตกต่างกันไป บางอำเภอมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ แต่มีบางอำเภอที่มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานด้านบุหรี่ซึ่งมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่เต็มที่เท่าที่ควร งบประมาณได้รับการสนับสนุนอำเภอละ 20,000 บาท ซึ่งใช้ได้เฉพาะในหมวดเงินที่สำนักงานส่งเสริมสุขภาพกำหนด และมีระเบียบการใช้จ่ายเงินที่ผู้รับผิดชอบโครงการยังไม่เข้าใจ ระยะเวลาในการดำเนินโครงการฯ ค่อนข้างน้อย ซึ่งความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินโครงการ ความเหมาะสมของเวลา การสนับสนุนงบประมาณ เป็นปัจจัยนำเข้าที่ทำให้กระบวนการในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (นุกูล ชื่นพัก และคณะ, 2560)

ด้านกระบวนการ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า การให้ความสำคัญกับการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชน และการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างกำลังใจในการดำเนินงานเป็นระยะจะช่วยเสริมพลังให้สามารถขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายของโครงการฯ ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณภูฏ, และอมรรัตน์ นະສະນຸ (2562) พบว่า การมีนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การดำเนินงานเป็นขั้นตอน การได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ การสร้างกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสื่อสนับสนุนต่างๆ จากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ และงานวิจัยของอัครศิริ ลาป้อ และ

คณะ (2561) พบว่า การมีนโยบายเชิงรุก การให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และความตั้งใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ ทำให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ

ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข ค้นหาแนวทางในการเชิญชวนประชาชนในหมู่บ้านที่สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการฯ ติดตามผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะจนสามารถเลิกบุหรี่ได้ เริ่มทำในผู้ที่ใกล้ชิดกับ อสม. ก่อน รวมทั้งให้รางวัลสำหรับผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภัทร นักรู้กำลังพัฒนา และคณะ (2562) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชนเป็นอย่างดี ประกอบกับมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเข้าไปค้นหาผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ติดตามให้คำแนะนำเป็นระยะๆ และส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาโครงการต่อไป ในส่วนของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่มีความคิดว่าบุหรี่มีโทษ สังคมรังเกียจ ต้องสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ หรือต้องแอบสูบในที่ที่คนอื่นไม่เห็น

ด้านผลผลิต กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ กระบวนการประเมินสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่คิด รู้สึก และแสดงพฤติกรรมเมื่ออยู่ในสังคม คือการไม่สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ การมีความคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัว กลิ่นปาก ทำให้สังคมรังเกียจ จึงหลีกเลี่ยงที่จะสูบบุหรี่ในบริเวณที่มีคนพลุกพล่าน และในอีกส่วนหนึ่งของการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ใช้วิธีการหักดิบ ทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ ที่มีคะแนนสูงรองลงมา คือ การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จนมั่นใจว่าจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก ส่วนจำนวนผู้เลิกบุหรี่ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปจำนวน 898 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายของโครงการที่กำหนดไว้ ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งลักษณะของพื้นที่ ความพร้อมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน ในพื้นที่ภาคใต้ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล จำเป็นต้องพิจารณาถึงความหลากหลายของบริบทการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่เป็นส่วนสำคัญในการพิจารณาเงื่อนไขที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ด้วย เช่น การประเมินผลจากจำนวนการเข้าร่วมโครงการที่ผันแปรตามสถานการณ์ของการเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการลักลอบนำเข้าบุหรี่หนีภาษีจากประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน โดยเฉพาะสื่อ/ข้อมูลแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกผลิตจากหน่วยงานทั้งในและนอกพื้นที่ก็นับเป็นอีกปัจจัย ที่มีผลต่อการเข้าร่วม (อัครศิริ ลาปือ และคณะ, 2561)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินโครงการฯ ที่มีประสิทธิภาพโดยการบูรณาการกับงานที่รับผิดชอบโดยตรงและกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญของกลุ่มงาน ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและการสนับสนุนให้มีกิจกรรมเชิงรุก
2. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ควรจัดให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมซึ่งมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง การณรงค์ ประชาสัมพันธ์ใช้ในช่วงแรกของการเชิญชวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ แต่การจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการเลิกบุหรี่ควรต้องพิจารณากิจกรรมให้สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับผิดชอบโครงการฯ ในระดับต่างๆ นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
4. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ในการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับปัญหาและหาแนวทางแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ
5. นำผลการประเมินที่เป็นจุดเด่นของพื้นที่ไปขยายผลพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาบทบาทของครอบครัว ชุมชนและสังคมที่สัมพันธ์ต่อการเลิกบุหรี่ของผู้สมัครใจเลิกบุหรี่
2. พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นคู่มือในการดำเนินการเลิกบุหรี่ในแต่ละอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน. สืบค้นจาก <http://www.quitforking.com>.
- ทัศนีย์ ผลชานิโก. (2559). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 (ปี 2558-2562). สืบค้นจาก http://www.go.th/download/article/article_20150331170103.pdf.
- นุกูล ชื่นฟัก, นิวัฒน์ สวัสดิ์แก้ว, วรลักษณ์ ลลิตศศิวิมล, คัมภีร์ ทองพูน, สุชาดา สุวรรณษา และอับดุลเราะมัน มอลอ. (2560). การประเมินผลโครงการเดินวิ่ง รณรงค์การไม่สูบบุหรี่และเพื่อสันติสุข จังหวัดชายแดนใต้ ครั้งที่ 4 ซึ่งถวายพระราชทาน “สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” เอกสารการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8 วันที่ 22 มิถุนายน 2560 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา : มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2559). ก้าวต่อไปของมูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สืบค้นจาก http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/attach/eaf29e1.pdf.
- พรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15 (1), 36-44.
- วิไลรัตน์ จิตต์โคตร, สุพัฒน์ กองสีมา, วิไลวรรณ คมชา และรจนา สุโพธิ์. (2551). มาตรการทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสถานีนานามัยโนนสูง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สมยศ ศรีจารณัย, พิษณุภัสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และสมใจ นกดีวิชัย. (ม.ป.ป.). การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอมครอบครัว (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Researchers%20family%20doctor.pdf
- สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณบุญ, และอมรรัตน์ นธะสนธิ์. (2562). ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10. *รวมอภิมติพยาบาลสาร*, 25(1), 102- 118.
- อรรณณ สัมภามานะ, ดวงเดือน อินทรบำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจริต และรัชฎาภรณ์ เทียงสุข. (2559). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 65 (1), 11-18.
- อัครศิริ ลาป้อ, อติศร ศักดิ์สูง, ภาณุ ธรรมสุวรรณ, ธากร สิทธิโชค, วรุตม์ นาที, และศัญฉัท ท่องเรือง. (2561). การประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ด้วยรูปแบบ CIPP Model กรณีศึกษา จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล. *วารสารปาริชาติ*, 5(1), 89- 102.
- Prochaska, J.O. (1994). Stages and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 47-51.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). (1997). *The transtheoretical model and Stages of Change*. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer. *Health Behavior and Health Education*. (2nd ed, pp. 60-80). San Francisco : John Wiley & Sons.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520–528.
- Stufflebeam, D. L., Madam, C. F., & Kellaghan, T. (eds.) (2000). The CIPP model for evaluation in Evaluation model. Boston, MA: Kluwer Academic.
- World Health Organization. (2016). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, ศษ.ด.*

ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์, พย.ม.**

ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก, พย.ม.***

Received : March 25, 2020

Revised : June 23, 2020

Accepted : August 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลและทดสอบความสอดคล้องโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 160 คน ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเคารพในบุคคล 2) การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัย 3) การช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม 4) การเห็นอกเห็นใจ เต็มใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติ และ 5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .88 .71 .63 .54 และ .36 ตามลำดับ ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าค่าไคสแควร์เท่ากับ 1.12 ที่องศาอิสระ 2 มีความน่าจะเป็นเท่ากับ 0.5717 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.97 และค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.000 แสดงว่า โมเดลการวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสามารถนำมาอธิบายองค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail: somjitt@knc.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

The Confirmatory Factor Analysis of Caring Behaviors among Nursing Students

Somjitt Wiangperm, Ed.D.*

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.**

Pornthip Pholkrathok, M.N.S.***

Abstract

The purposes of the study were to determine the confirmatory factors of caring behaviors of nursing students and test for the consistency of the measurement model of caring behaviors of nursing students by using the empirical data. Purposive sampling was used. The samples were 160 third-year nursing students, who were studying the Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Practicum between January and May 2018. The data were collected by using the Caring Behaviors Scale. The scale was reported for Item Objective Congruence (IOC) between 0.80-1.00. The data were analyzed by using Confirmatory Factor Analysis.

The results of the study revealed that the Caring Behaviors Scale of Nursing Students consisted of five components as followed; 1) Respect, 2) Patient safety, 3) Holistic care, 4) Compassion care, and 5) effective communication. The factor loadings were .88, .71, .63, .54 and .36; respectively. The validation of the goodness of fit model yielded a Chi-square of 1.12, $p = 0.5717$ at a degree of freedom of 2 (GFI = 1.00, AGFI = 0.97 and RMSEA = 0.000). The suggestion from that study is that the measurement model of caring behaviors can explain the factor of caring behaviors among nursing students.

Keywords: confirmatory factor analysis, caring behaviors, nursing students

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima; Corresponding E-mail: somjitt@knc.ac.th

** Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

*** Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ให้บริการสังคมในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน การเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาและเป็นทุกข้ออย่างหนึ่งของชีวิต มนุษย์เมื่อมีภาวะของความเจ็บป่วย และอยู่ในสภาพของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ บุคลากรทางวิชาชีพจะเป็นผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือเพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติที่สมบูรณ์ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ต้องคอยให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยตลอดเวลา การปฏิบัติการดูแลจึงต้องดำเนินไปอย่างมีมนุษยธรรม มีความเมตตา กรุณา เอื้ออาทรต่อมนุษย์ในยามที่มีความทุกข์จากความเจ็บป่วย เป็นพื้นฐาน อันเป็นศิลปะของการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจแก่บุคคลที่อยู่ในภาวะของความเจ็บป่วย การดูแลอย่างเอื้ออาทร (caring) จึงเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล (Leininger, 2002) การดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลเป็นอุดมคติที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจกัน ช่วยให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตรงตามที่ต้องการ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (Watson, 2005) ซึ่งเป็นแก่นสำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นทักษะที่พยาบาลทุกคนต้องฝึกฝนและพัฒนาตลอดเวลาที่ทำงานในวิชาชีพ

แนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน นักวิชาการทางการพยาบาลพยายามที่จะศึกษาค้นหาความหมายของการดูแลอย่างเอื้ออาทรเพื่อให้เป็นที่ประจักษ์ชัดในวิชาชีพพยาบาล โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นกรอบในการศึกษาพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทร โดยเฉพาะแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Watson (2005) ที่นิยมนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทร เน้นวิธีการจัดลำดับพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่สำคัญตามการรับรู้ พบว่าการรับรู้พฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลให้ความสำคัญพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรในด้านการดูแลแบบองค์รวม (holistic approaches) เช่น การตั้งใจฟังผู้ป่วย การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (ภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด และอริสา จิตต์วิบูลย์, 2555) ส่วนผู้ป่วยให้ความสำคัญพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้านสมรรถนะ เช่น การทำหัตถการพยาบาลต่างๆ เช่น การให้สารน้ำ การให้เลือด การให้ยาและการรักษาตรงเวลา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าบุคคลมีความต้องการที่เรียงลำดับจากระดับพื้นฐานของมาสโลว์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจรับการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้านการแสดงความรู้สึกรักจนกว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางกายภาพ ด้วยการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ดังนั้นในการดูแลอย่างเอื้ออาทรจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยให้สมบูรณ์ (Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani, & Valizadeh, 2010)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรของไทย พบว่า พฤติกรรมของการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญที่สุด คือ การพูดจาไพเราะ ปลอดภัยให้กำลังใจ ทำทางที่เป็นมิตร อาจเนื่องมาจากพื้นฐานวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทยที่มีความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทรและเมตตา กรุณา กลมกลืนอยู่ในการดำเนินชีวิตของคนไทย ในส่วนของวิชาชีพพยาบาล การทำหน้าที่ต่อผู้ป่วยได้มีการปลูกฝังในเรื่องของความเมตตา กรุณา เสียสละกลมกลืนอยู่ในวัฒนธรรมการดูแลของพยาบาล ซึ่งการผสมกลมกลืนทั้งวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา และบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพ (จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556) จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมของการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความแตกต่างไป จากผลการศึกษาในบริบทต่างประเทศ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Leininger (2002) ที่เน้นถึงความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อรูปแบบการดูแลของบุคคลในแต่ละกลุ่ม

ปรัชญาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 มีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ประกอบด้วย ความเอื้ออาทรเชิงวิทยาศาสตร์และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์ ดังนั้น การปลูกฝังพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรในวิชาชีพพยาบาล จึงควรเริ่มปลูกฝังตั้งแต่วัยเป็นนักศึกษาพยาบาล การจัดการเรียนการสอนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจากการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เน้นการปฏิบัติที่กระทำต่อเพื่อนมนุษย์ การดูแลอย่างเอื้ออาทรจึงควรเป็นสิ่งสำคัญที่ฝังแน่นอยู่ในมิติของการปฏิบัติ (จินตมาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2551) และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาลที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดการศึกษาพยาบาล เนื่องจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นการนำความรู้จากภาคทฤษฎีสู่โลกแห่งความจริงในการฝึกภาคปฏิบัติ และประสบการณ์ทางคลินิกเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเตรียมนักศึกษาสู่การทำงานในอนาคต (Koh, 2010)

ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้มีพยาธิสภาพทางจิตที่ซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล ด้วยการมอบหมายกรณีศึกษาเป็นรายบุคคลต่อระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ 4 สัปดาห์ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทักษะการฟังและการสังเกต การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การเชื่อมโยงกรณีศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งการปรับทัศนคติให้นักศึกษาได้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งนักศึกษาต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล มีการชี้ให้นักศึกษาได้มองเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งการใช้เทคนิคในการสนทนากับผู้ป่วย เพื่อให้นักศึกษาเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและเรียนรู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย

การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ดังนั้นการสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยจึงน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการวัดและประเมินพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของไทย ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันพบว่า มีรายงานวิจัยน้อยมากที่มุ่งสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ดังนั้นการศึกษาคู่ประกอบพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จะทำให้ได้องค์ประกอบที่ชัดเจนตรงตามสภาพจริงมากที่สุด และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล อันจะก่อให้เกิดคุณภาพอย่างสูงสุดในการผลิตบัณฑิตพยาบาล ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชากรในประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. โมเดลองค์ประกอบเชิงทฤษฎีพฤติกรรมในการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อทดสอบความสอดคล้องโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่างประเทศและในประเทศ ดังนี้ การสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน Care Satisfaction Questionnaire (CARE-Q) พัฒนาโดย Larson (1987) จำนวน 7 เรื่อง (Von Essen, & Sjoden, 2003; Mizuno, Ozawa, Evans, Okada, & Takeo, 2005; Chang, Lin, Chang, & Lin, 2005; Tuckett, Schluter, Hughes, & Turner, 2009; Zamanzadeh et al., 2010; Valizadeh, Zamanzadeh, Azimzadeh, & Rahmani, 2012; Aktas, & Karabulut, 2017) และการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน Caring behaviors assessment (CBA) ที่พัฒนาโดย Cronin & Harrison (1988) จำนวน 7 เรื่อง (Baldursdottir & Jousdottir, 2002; Kimble, 2003; Suliman, Welmann, Omer, & Thomas, 2009; Labrague, 2012; Omari, AbuAlRub, & Ayasreh, 2013; Morsi & Sabra, 2013; Ibahnasawy, Lawend, & Mohammed, 2016) และสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศ จำนวน 5 เรื่อง (อารีญา ด้านผาทอง, พิมพ์จรส อยู่สวัสดิ์, และประภา ลิ้มประสุติ, 2550; จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2551; สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, อวยพร ตันมุขกุล, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2553; ชุตินา สืบวงศ์ลี, 2553; ภรณ์ เลื่องอรุณ และคณะ, 2555) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกจากผู้ให้ความเห็นสอดคล้องในการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกัน เลือกองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่มีความถี่มากกว่าร้อยละ 50 พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 31 ตัวบ่งชี้ ดังนี้ 1) การมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ มีตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6 ข้อ 2) การช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม มีตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 8 ข้อ 3) การเห็นอกเห็นใจ เต็มใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติ มีตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 6 ข้อ 4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 7 ข้อ และ 5) การเคารพในบุคคล มีตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 4 ข้อ ผู้วิจัยนำมาเป็นร่างองค์ประกอบและตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อศึกษาโครงสร้างองค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณจากจำนวนพารามิเตอร์ที่อยู่ในโมเดล Hair, Black, Bain, Anderson and Tatham (2010 อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) กำหนดว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำควรมี 100 คนและควรมีอย่างน้อย 5-10 คนต่อหนึ่งตัวบ่งชี้ ในงานวิจัยนี้มี 32 ตัวบ่งชี้ ผู้วิจัยเลือก 5 คนต่อหนึ่งตัวบ่งชี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 160 คน ดังนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 ที่ลงทะเบียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตจำนวน 160 คน เนื่องจากระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติต่อเนื่องนาน

4 สัปดาห์โดยไม่มีการเปลี่ยนกลุ่ม (Rotation) และนักศึกษาให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านทำให้อาจารย์นิเทศสามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาได้อย่างครอบคลุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุและตอนที่ 2 เป็นมาตรวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีรายละเอียดของขั้นตอนการสร้าง และการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำร่างองค์ประกอบและตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 31 ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยการสนทนากลุ่มกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 คน และพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 1 คน ทุกคนมีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์การสอนทางการศึกษาพยาบาลตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ผลจากการสนทนากลุ่มได้องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ดังนี้ 1) การช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม มีตัวบ่งชี้ 8 ข้อ 2) การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัย (เดิมการมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ) มีตัวบ่งชี้ 6 ข้อ 3) การเห็นอกเห็นใจ เต็มใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติมิตรตัวบ่งชี้ 6 ข้อ 4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีตัวบ่งชี้ 6 ข้อ และ 5) การเคารพในบุคคล มีตัวบ่งชี้ 6 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาพัฒนาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามระดับความถี่ของพฤติกรรมจากคะแนน 4 หมายถึงกระทำพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง ถึงคะแนน 0 หมายถึงไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นเลย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าความสอดคล้องของข้อความคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะของแต่ละตัวชี้วัดเป็นรายข้อ และให้คะแนนความตรงเชิงเนื้อหาของข้อความคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาพยาบาลและการวัดและประเมินผลจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ เท่ากับ 0.80-1.00

2.2 ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการประชุมชี้แจงรายละเอียดวิธีการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร พร้อมทั้งแจกเอกสารรายละเอียดวิธีการประเมินให้กับอาจารย์นิเทศในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตก่อนการฝึกภาคปฏิบัติล่วงหน้า 1 สัปดาห์ จากนั้นให้อาจารย์นิเทศประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาภายหลังสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติในแต่ละกลุ่มระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2561 รวบรวมแบบประเมินกลับคืนมาได้และมีความสมบูรณ์จำนวน 160 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โครงการวิจัยรหัส KUREC-5559/004 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อคะแนนในวิชาดังกล่าวและการเรียนวิชาอื่นๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุชื่อหรือชื่อที่ปรากฏในการวิจัยนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบลักษณะของตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบพฤติกรรม การดูแลอย่างเฝ้าอาหารของนักศึกษาพยาบาล ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้แล้วตรวจสอบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า Bartlett's Test of Sphericity และค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

3. นำเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่มีคุณสมบัติตามการพิจารณาดังกล่าว มาดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยมีการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood: ML) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลตามสมการโครงสร้างตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องได้แก่ ค่าสถิติไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) ที่มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่ามากกว่าเท่ากับ .90 และค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่าน้อยกว่า .05 (Hox, 2010)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 และเป็นเพศชาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 อายุ 21 ปี จำนวน 140 คนคิดเป็นร้อยละ 87.50 อายุ 22 ปี จำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 12.50

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

2.1 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรพฤติกรรมในการดูแลอย่างเฝ้าอาหาร ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมในการดูแลอย่างเฝ้าอาหารทุกตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.22 ถึง 0.64 เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity ซึ่งเป็นค่าสถิติทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (identity matrix) หรือไม่ พบว่ามีค่าเท่ากับ 2374.448 ($p < 0.00$) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of

Sampling Adequacy) มีค่าเท่ากับ 0.968 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 ผลการทดสอบนี้แสดงให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆ ในข้อมูลชุดนี้มีความสัมพันธ์กัน และมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

2.2 ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทร โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 1.12 ค่าความน่าจะเป็นมีค่าเท่ากับ 0.5 ที่องศาอิสระเท่ากับ 2 (df=2) นั่นคือ ค่าไค-สแควร์ แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า โมเดลการวัดองค์ประกอบของพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR) เท่ากับ 0.013 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.00 แสดงว่าโมเดลการวัดองค์ประกอบของพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความตรงเชิงโครงสร้างดังตารางที่ 1 และภาพที่ 1

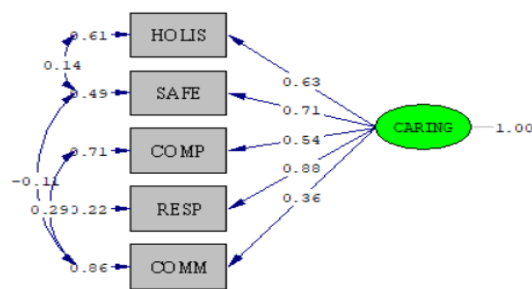
เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ของพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทร พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรทั้งหมดมีค่าเป็นบวก มีค่าตั้งแต่ 0.36 ถึง 0.88 โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ได้แก่ ด้านการเคารพในบุคคล (resp) = 0.88 รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัย (safe) = 0.71 ด้านการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม (holist) = 0.63 ด้านการเห็นอกเห็นใจ เติมใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติ (comp) = 0.54 และด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (comm) = 0.36 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรทั้ง 5 ตัวดังกล่าวนี้ เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล

องค์ประกอบ	b	SE	t	R ²
การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม (holist)	0.63	0.09	6.59	0.39
การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัย (safe)	0.71	0.09	7.57	0.50
การเห็นอกเห็นใจ เติมใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติ (comp)	0.54	0.09	5.90	0.29
การเคารพในบุคคล (resp)	0.88	0.09	9.36	0.78
การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (comm)	0.36	0.10	3.77	0.13
Chi-square = 1.12 df = 2 p = 0.5717 GFI = 1.00 AGFI = 0.97 RMR = 0.013 RMSEA = 0.000				

*p<.05

จากตารางที่ 1 ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรม การดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ได้ดังภาพ 1



Chi-Square=1.12, df=2, P-value=0.57177, RMSEA=0.000

ภาพ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ พบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากค่าไค-สแควร์มีค่าเท่ากับ 1.12 ที่องศาอิสระเท่ากับ 2 ($df = 2$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ตัวมีค่าเกิน 0.90 เป็นตัวแสดงประสิทธิภาพของโมเดลในภาพรวมทั้งหมด ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.000 มีค่าต่ำกว่า 0.05 เป็นค่าที่แสดงขนาดของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ จะเห็นได้ว่าจากเกณฑ์พิจารณาค่าสถิติอยู่ในเกณฑ์การยอมรับทุกค่า จึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าโมเดลองค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อันเป็นหลักฐานความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินซึ่งสอดคล้องกับที่ Hox (2010) กล่าวว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นการแสดงหลักฐานความตรงเชิงโครงสร้าง โดยหลักฐานที่แสดงนั้นเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูล หากโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลจะบ่งชี้ถึงโมเดลองค์ประกอบที่ศึกษาเป็นหลักฐานสำหรับยืนยันองค์ประกอบคุณลักษณะที่วัด จากหลักฐานดังกล่าวจึงแสดงถึงความตรงเชิงโครงสร้างทฤษฎีของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้มีส่วนที่เหมือนและแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ดังนี้ การเคารพในบุคคล เป็นคุณลักษณะของพยาบาลในการแสดงออกซึ่งการให้ความนับถือ (respect) โดยตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ วิชาชีพพยาบาลต้องพบปะบุคคลที่มีความแตกต่างในด้านคุณวุฒิและวัยวุฒิ การแสดงความนับถือต่อความแตกต่างนี้ถือเป็นสิทธิมนุษยชนที่บุคคลพึงได้รับและรักษาไว้ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่ให้การยกย่องให้เกียรติและเคารพผู้สูงวัย ซึ่งองค์ประกอบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทของไทยและต่างประเทศ (ชุดิมา สืบวงศ์ลี, 2553; ภรณ์ เลื่องอรุณ และคณะ, 2555; อังคณา จงเจริญ จักรกฤษณ์ โปณะทอง และจุฑาล ยงสร, 2561; Morsi & Sabra, 2013) การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัยการที่พยาบาลได้ใช้ความรู้ร่วมกับทักษะและประสบการณ์ที่มีในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักการวิชาการ และเป็นไปตามคุณภาพมาตรฐาน เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย หากผสมผสานความเอื้ออาทรในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วจะมีความลึกซึ้งของการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดของ Roach (2002)

กล่าวว่าเป็นสถานะที่บุคคลมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุความต้องการที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างองค์รวม เป็นกระบวนการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีองค์รวมของกาย จิต และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์ประกอบ แบบวัตพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับพยาบาลไทย (ภรณ์ เลื่องอรุณ และคณะ, 2555; อังคณา จงเจริญ และคณะ, 2561) ซึ่งข้อความของแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และจิตวิญญาณได้ถูกจัดให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของต่างประเทศ ดังแนวคิดของ Watson (2005) ปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร 10 ประการ ด้านความศรัทธาและความหวัง และการยอมรับความเชื่อจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล และแนวคิดของ Swanson (1991) กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณจะถูกแยกออกเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลไทยมองด้านจิตใจเป็นหนึ่งเดียวกับด้านจิตวิญญาณ (ภรณ์ เลื่องอรุณ และคณะ, 2555)

การเห็นอกเห็นใจ เต็มใจให้ความช่วยเหลือประดุจญาติ เป็นการที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงสภาพความรู้สึกและความคิดของผู้ป่วย มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา ทำให้พยาบาลไม่ด่วนตัดสินใจแทนผู้ป่วยทันที แม้ว่าจะเห็นว่าเป็นสิ่งดีและเหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลของ Watson (2005) ปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร 10 ประการ ด้านการสร้างค่านิยมแก่ประโยชน์ผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ โดยเชื่อว่าปัจจัยการดูแลด้านนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ให้การดูแลเข้าถึงแก่นแท้ของการดูแลบุคคล ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดขององค์ประกอบ แบบวัตพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับพยาบาลไทย (ชุดิมา สืบวงศ์ลี, 2553)

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องใช้ทักษะการสื่อสารในการติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติเกือบทุกเรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่มีได้อยู่ในภาวะการณ์อันปกติสุข หากแต่เป็นภาวะการณ์ที่แวดล้อมไปด้วยความทุกข์ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล หรือความเป็นความตาย ฉะนั้นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจึงเป็นการสื่อสารเพื่อการช่วยเหลือรักษา (Therapeutic Communication) ที่มุ่งให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี (ฉวีวรรณ ผลิโกมล, 2558) สอดคล้องกับองค์ประกอบหนึ่งของแบบวัตพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสำหรับพยาบาลไทย (ชุดิมา สืบวงศ์ลี, 2553; ชวนนท์ จันทรสุข, 2559)

จากผลการวิจัยสนับสนุนว่าแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงและความตรง สามารถนำแบบประเมินนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้ โดยอาจารย์พยาบาลสามารถใช้ประโยชน์จากการประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในระหว่างการจัดการเรียนการสอนในคลินิก เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของหลักสูตร นอกจากนี้การดูแลอย่างเอื้ออาทรยังเป็นพันธกิจที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในสภาพการณ์ปัจจุบันที่การพยาบาลต้องเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สามารถใช้ข้อมูลองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย หลักสูตรและกำหนดกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการดูแลอย่างเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพการณ์จริง เช่น การสาธิตเป็นแบบอย่าง การสะท้อนคิดและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษา เพื่อให้ได้รูปแบบของการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

2. ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สามารถใช้ข้อมูลองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่มีการสร้างเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric score) เพื่อให้ผู้ถูกประเมิน (นักศึกษาพยาบาล) สามารถรู้แนวทางในการพัฒนาตนเอง และผู้ประเมินมีความชัดเจนในการประเมินยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาพัฒนาการพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตลอด 4 ปี แล้วนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Designs)

3. ควรศึกษาการตรวจสอบความกลมกลืนโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอื่นๆ เพื่อยืนยันพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- จินตมาต โกศลชื่นวิจิตร. (2551). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตมาต โกศลชื่นวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 29(2), 134-141.
- ฉวีวรรณ ผลโกมล. (2558). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33(2), 187-195.
- ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2553). การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญหา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนนท์ จันท์สุข. (2559). การพัฒนารูปแบบประเมินสมรรถนะด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 2(1), 68-74.

- ภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2555). การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(2), 90-103.
- สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, อวยพร ตันมุขยกุล, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2553). การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลไทย. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 32-44.
- อังคณา จงเจริญ, จักรกฤษณ์ โปณะทอง และจตุพล ยงศร. (2561). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันคุณลักษณะการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 354-363.
- อารีญา ด้านผาทอง, พิมพ์จรัส อยู่สวัสดิ์ และประภา ลัมประสูติ. (2550). การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมการให้บริการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับจังหวัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(3), 67-79.
- Aktas, Y, T., & Karabulut, N. (2017) Professional values in Turkish undergraduate nursing students and its reflection on caring behavior. *Kontakt*, 19(2), 125-130. Retrieved from <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2017/02/07.pdf>
- Baldursdottir, M. S., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*, 31(1), 67-75.
- Chang, Y., Lin, Y.-P., Chang, H.-J., & Lin, C.-C. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors. *Cancer Nursing*, 28(5), 331-339.
- Cronin, S. N., & Harrison, B. P. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 17(4), 374-380.
- Hox, J.J. (2010). *Multilevel analysis: Techniques and applications* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Ibahnasawy, H. T., Lawend, J., & Mohammed, E. (2016). Application of Watson Caring Theory for Nurses in Pediatric Critical Care Unit. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(4), 56-67. Retrieved from <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue4/Version-4/J0504045667.pdf>
- Kimble, L. (2003). *Patients' perceptions of nurse caring behaviors in an emergency department*. Master of Science in Nursing Administration, Marshall University.
- Koh, L.C. (2010). Academic staff perspectives of formative assessment in nurse education. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 205-209.
- Labrague, L.J. (2012). Caring competencies of baccalaureate nursing students of samar state University. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 105-113. Retrieved from <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n4p105>
- Larson P.J. (1987). Comparison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 16, 187-193.

- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Mizuno, M., Ozawa, M., Evans, D. R., Okada, A., & Takeo, K. (2005). Caring behaviors perceived by nurses in a Japanese Hospital. *The Journal of Nursing Studies: National College of Nursing Japan*, 4(1), 13-19. Retrieved from <http://www.ncn.ac.jp/academic/020/2005/2005jns-ncnj05.pdf>
- Morsi, N. A. & Sabra, A. I. (2013). The nurses' and patients' perception about nursing caring behaviors at Tanta Mental Health Hospital. *Life Science Journal*, 10(4), 662-669. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Nurses-'-and-Patients-'-Perception-about-Caring-Morsi/28fcc12fd6092b2174ebd58dcd4c32f600147741>
- Omari, F. H., AbuAlRub, R., & Ayasreh, I. R. (2013). Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3183-3191. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/257750880_Perceptions_of_patients_and_nurses_towards_nurse_caring_behaviors_in_coronary_care_units_in_Jordan
- Roach, M.S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions* (2nd ed.). Ottawa: CHA Press.
- Suliman, W., Welmann, E., Omer, T., & Thomas, L. (2009). Applying Watson's Nursing Theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 50-59.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurse Research*, 40(3), 161-166.
- Tuckett, A., Schluter, P., Hughes, K., & Turner, C. (2009). Validation of CARE-Q in residential aged-care: Rating of importance of caring behaviours from an e-cohort sub-study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1501-1509.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., & Rahmani, A. (2012). The view of nurses toward prioritizing the caring behaviors in cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(1), 11-16. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/230674745_The_View_of_Nurses_toward_Prioritizing_the_Caring_Behaviors_in_Cancer_Patients
- Von Essen, L., & Sjoden, P.O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A., & Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important Nurse caring behaviors. *BMC Nursing*, 9,10. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/9/10>

**ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3**

เยาวนา ยงยืน, ค.ม.*

ภาวิณี แพงสุข, พย.ม.*

เยาวพา วรรณแก้ว, พย.ม.*

Received : August 10, 2020

Revised : November 23, 2020

Accepted : November 30, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 77 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการคิดวิเคราะห์ และแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และ .96 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.64 และทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในด้านรายงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .263, p = .021$) และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในการฝึกปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .315, p = .005$) มีข้อเสนอแนะให้สถาบันการศึกษาควรมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นการจัดทำรายงานวิเคราะห์และการฝึกทดลองในรายวิชาอื่นๆ ทางพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน

คำสำคัญ: ทักษะการคิดวิเคราะห์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail : funxtra@hotmail.com

The Relationship between Analytical Thinking Skills and Learning Outcomes of Independent Study Subject among the Third Year Nursing Students

Yaowana Yongyeun, M.Ed.*

Pavinee Pangsuk, M.N.S.*

Yaowapa Wannakeaw, M.N.S.*

Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationship between analytical thinking skills and learning outcomes of Independent Study Subject in third-year nursing students. The samples were 77 nursing students who were simple random sampling from the third-year nursing students. The study utilized. The research instruments were a general information questionnaire, analytical thinking questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was .87 and .96; consecutively. Descriptive statistics were used to describe the findings and Pearson Product Moment Correlation was used to determine the relationship.

Results showed that 63.64 percent of samples had analytical thinking skills at a high level. Learning outcomes in the reporting part were statistically significant correlate with analytical thinking skills ($r = .263, p = .021$). Moreover, learning outcomes in the practicum part were statistically significance correlate with analytical thinking ($r = .315, p = .005$). The suggestions are that analytical reports and experimental activities should be included in the subject designs with the aim of enhancing learners' analytical thinking skills.

Keywords: analytical thinking, learning achievement, nursing students

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Surin; Corresponding E-mail :funxtra@hotmail.com

บทนำ

ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบัน ได้มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ภายใต้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เกิดคุณภาพบัณฑิตที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และสอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผู้สอนจึงต้องมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอนตามรายวิชาให้สอดคล้องกับแนวคิดข้างต้น โดยพัฒนาการเรียนการสอนให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่ได้วางแผนไว้ และผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ผ่านเกณฑ์ตามที่รายวิชากำหนด

การจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นกระบวนการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีความสำเร็จหรือมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และทักษะทางการเรียน โดยมีการวัดประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในรายวิชา (ทิตนา แหมมณี, 2554) ผู้สอนต้องศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น นำมาออกแบบร่วมในรายวิชา ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความมีวินัยในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน ความรู้พื้นฐานเดิม (รุ่งฤดี กล้าหาญ, 2557) เกรดเฉลี่ยสะสมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ศิริมา เขมะเพชร, 2558) ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัย (เขมรศรีม์ ดุจวรรณ, กนิพัทธ์ ปานณรงค์, กัญจนภรณ์ ธงทอง และทวินันท์ นามโคตร, 2560) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเรียน และพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ (กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2557) ปัจจัยด้านกระบวนการเรียนการสอน ปัจจัยด้านระบบสังคม และปัจจัยด้านสาระความรู้และสิ่งที่ส่งเสริมการเรียนรู้ (ปณณนุช พิมพ์ใจใส และนงนภัส วงษ์จันทร์, 2561) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ผู้สอนควรได้มีการพิจารณานำมาออกแบบการเรียนการสอนให้ผู้เรียนร่วมด้วย

นอกจากนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมา จะพบว่า ในการพัฒนาให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์การเรียนที่ดีขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยในเชิงกระบวนการการออกแบบในด้านทั่วไปของผู้เรียน ด้านอาจารย์ผู้สอนและสิ่งแวดล้อมในการเรียนเท่านั้น การศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในด้านทักษะการเรียนรู้ต่างๆ ของผู้เรียนในประเทศไทยยังมีน้อย และพบว่ามีผลการวิจัยในต่างประเทศที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับรูปแบบการเรียนรู้และระดับชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่ามีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก และพบว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเรียนรู้ และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่สูงกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า (Fatemeh & Shiva, 2019) จึงน่าสนใจว่า ในประเทศไทยนั้นทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยด้านทักษะภายในของผู้เรียน คือ ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) ซึ่งทักษะการคิดวิเคราะห์นี้เป็นกระบวนการของสมองในการคิดระบุ จำแนก แยกแยะ เปรียบเทียบ ให้เหตุผลเพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติหรือตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง (ทิตนา แหมมณี, 2554) เป็นทักษะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (สุทินี เสาร์แก้ว, 2561) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนขึ้น โดยศึกษาในรายวิชาการศึกษาอิสระของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ซึ่งเป็นวิชาที่ผู้เรียนต้องมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และต้องการให้ผู้เรียนได้เกิดผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ที่ผ่านเกณฑ์และต้องการให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ

ระดับอุดมศึกษา และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่เกิดขึ้นจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบการเรียนการสอนที่ช่วยส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

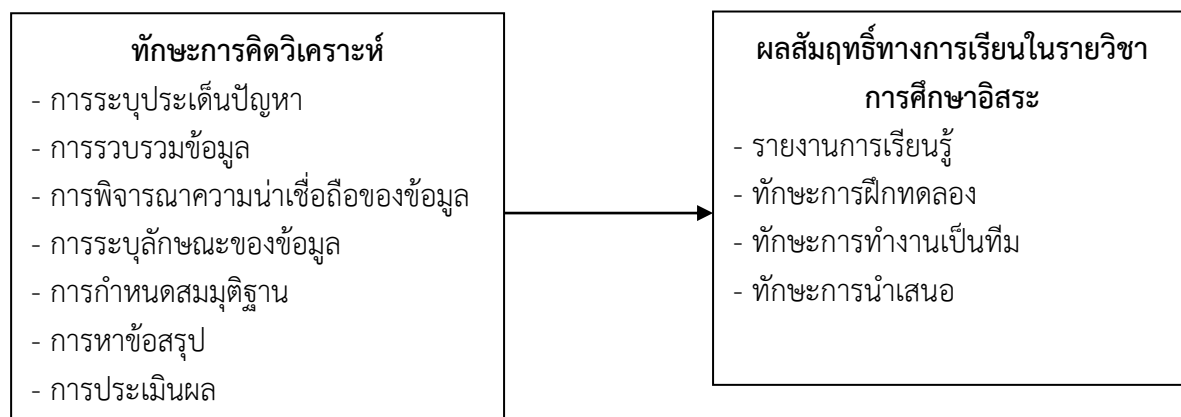
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3

สมมุติฐานการวิจัย

ทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการศึกษาอิสระ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Learning Achievement) (ทิตินา แคมมณี, 2554) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งกล่าวไว้ว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ เป็นความสำเร็จหรือผลมาจากการที่ผู้เรียนได้รับความรู้ ประสบการณ์ ผ่านระบบการสอนของผู้สอน โดยทักษะการคิดวิเคราะห์นั้น เป็นอีกรูปแบบการสอนหนึ่งที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนได้ และใช้กรอบแนวคิดทักษะการคิดวิเคราะห์ของอรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) ซึ่งได้กล่าวถึงการคิดวิเคราะห์ ใน 7 ด้าน ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา (Identify Problem) การรวบรวมข้อมูล (Collecting Information) การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility of sources of Information) การระบุลักษณะของข้อมูล (Identify Information) การกำหนดสมมุติฐาน (Hypothesis) การหาข้อสรุป (Conclusion) และการประเมินผล (Evaluation) ดังกรอบแนวคิดวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 30 ประจำปีการศึกษา 2562 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการศึกษาอิสระ จำนวน 156 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 30 ประจำปีการศึกษา 2562 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการศึกษาศาสตร์ จำนวน 77 คน คัดเลือกกลุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากไม่คืนที่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.40 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยของ ปุณณนุช พิมใจใส และนงนภัส วงษ์จันทร์ (2561) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐมและเมื่อวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มเท่ากับ 57 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 40 เปอร์เซนต์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 77 คน เพื่อป้องกันความ ไม่สมบูรณ์ของการแบบสอบถามการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทักษะการคิดวิเคราะห์ ซึ่งนักวิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบ Likert scale มีข้อความทั้งสิ้น 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ตอน ประกอบไปด้วย ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และอายุ ตอนที่ 2 การระบุประเด็นปัญหา (Identify Problem) มีจำนวน 4 ข้อ ตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล (Collecting Information) มีจำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 4 การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility of sources of Information) มีจำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 5 การระบุลักษณะของข้อมูล (Identify Information) มีจำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 การกำหนดสมมุติฐาน (Hypothesis) มีจำนวน 4 ข้อ ตอนที่ 7 การหาข้อสรุป (Conclusion) มีจำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 8 การประเมินผล (Evaluation) มีจำนวน 3 ข้อ คะแนนสูงสุด 140 คะแนนต่ำสุด 28 คะแนน มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนมาก หมายถึง มีทักษะในการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับน้อย โดยมีเกณฑ์ในการคะแนน ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนของอนูวัติ คุณแก้ว (2562) ดังนี้

28 - 65.33 คะแนน หมายถึง มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับน้อย

65.34 - 102.66 คะแนน หมายถึง มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับน้อยปานกลาง

102.67 - 140 คะแนน หมายถึง มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ซึ่งนักวิจัยได้ออกแบบเอง จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษารูปแบบและผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ แบบประเมินรายงานการเรียนรู้ แบบประเมินทักษะการฝึกทดลอง แบบประเมินทักษะการทำงานเป็นทีม และแบบประเมินการนำเสนอ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ตอนที่ 1 แบบประเมินรายงานการเรียนรู้ มีข้อความ 8 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 37 คะแนน

- ตอนที่ 2 แบบประเมินทักษะการฝึกทดลอง มีข้อความ 9 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 45 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 12 คะแนน

- ตอนที่ 3 แบบประเมินทักษะการทำงานเป็นทีมมีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 35 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 40 คะแนน

- ตอนที่ 4 แบบประเมินทักษะการนำเสนอมีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบ Rating scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 11 คะแนน

รวมคะแนนทั้งสิ้น 100 คะแนน โดยแบ่งระดับผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เชิงเกณฑ์ (กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, 2560) ดังนี้

85-100 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับดีเยี่ยม (A)

77-84 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับดีมาก (B+)

71-76 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับดี (B)

64-70 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับค่อนข้างดี (C+)

58-63 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับพอใช้ (C)

51-57 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับอ่อน (D+)

45-50 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับอ่อนมาก (D)

0-44 คะแนน หมายถึง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในระดับไม่ผ่าน (ตก) (F)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่า The Index of Item Objective Congruence (IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า ค่า IOC ของแบบสอบถามและแบบประเมินทุกเรื่อง ได้ค่าเท่ากับ 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามทักษะการคิดวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 และแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมจากหน่วยงานต้นสังกัดและผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร เลขที่ P-EC 22-04-62 และผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมวิจัยโดยคำนึงถึงหลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) ได้แก่ การขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจจากการเข้าร่วมงานวิจัย หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) ได้แก่ การขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัยทุกครั้ง การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ที่สะดวกในการให้ข้อมูล ไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย ให้เกียรติแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้และหลักความยุติธรรม (Principle of Justice) ได้แก่

การแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่างอย่างเป็นความลับและให้เกียรติแก่กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัย สอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานที่ที่สะดวกและสบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย
3. ผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จากนั้นดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาทีต่อราย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สำหรับแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักวิจัยได้ดำเนินการประเมินชิ้นงานและทักษะของผู้เรียนตามแบบประเมินตามช่วงเวลาที่วางแผนไว้ โดยแบบประเมินรายงานการเรียนรู้ ประเมินหลังการส่งชิ้นงาน ส่วนแบบประเมินการฝึกทักษะการทดลอง ทักษะการทำงานเป็นทีมและทักษะการนำเสนอ ประเมินตามช่วงเวลาที่สอดคล้อง โดยมีนักวิจัยและอาจารย์ผู้สอนในทีมเป็นผู้ให้คะแนนประเมิน โดยได้มีการชี้แจงรายละเอียดของแบบประเมินและทวนสอบความเข้าใจให้กับทีมอาจารย์ผู้สอนในการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และได้มีการชี้แจงถึงการดำเนินการวิจัยและการให้ความช่วยเหลืออาจารย์ผู้สอนร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) (Munro, 2001) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด และได้ดำเนินการตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดย Test of Normality ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.80 และเพศชาย ร้อยละ 5.20 มีอายุส่วนใหญ่ 20 ปี ร้อยละ 98.70 และอายุ 29 ปี ร้อยละ 1.30

ส่วนที่ 2 ระดับทักษะการคิดวิเคราะห์และระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทักษะการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.06 และน้อยที่สุดคือ ในระดับน้อย ร้อยละ 1.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับทักษะการคิดวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ระดับทักษะการคิดวิเคราะห์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	1	1.30
ปานกลาง	27	35.06
มาก	49	63.64

ส่วนระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีเยี่ยม A ร้อยละ 85.71 ระดับดีมาก B+ ร้อยละ 14.29 และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับ B, C+, C, D+, D และ F ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีเยี่ยม (A)	66	85.71
ดีมาก (B+)	11	14.29

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การเรียนในด้านรายงานการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($r = .263$, $p = .021$) และด้านทักษะการฝึกทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ($r = .315$, $p = .005$) และพบว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การเรียนในด้านการทำงานเป็นทีม ($r = .092$, $p = .428$) และด้านทักษะการนำเสนอ ($r = .022$, $p = .850$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการคิดวิเคราะห์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (n= 77)

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	ทักษะการคิดวิเคราะห์ (r)	p-value
รายงานการเรียนรู้	.263	.021*
ทักษะการฝึกทดลอง	.315	.005**
ทักษะการทำงานเป็นทีม	.092	.428
ทักษะการนำเสนอ	.022	.850

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

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์การเรียนใน 2 ด้าน ได้แก่

1. ด้านรายงานการเรียนรู้ กล่าวคือ ผู้เรียนที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่สูง จะมีผลสัมฤทธิ์การเรียนในด้านการจัดทำรายงานสูงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ทองทรัพย์ และทองปาน บุญกุล (2562) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสามารถในด้านการคิดวิเคราะห์เพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำรายงานการเรียนรู้ เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการค้นคว้าหาคำตอบจากการตั้งคำถามการเรียนรู้ และมีการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed Learning) เกิดขึ้น (พิริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์, 2556) ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ได้ จึงทำให้ผลสัมฤทธิ์การเรียนในด้านการจัดทำรายงานมีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดวิเคราะห์ขึ้น

2. ด้านทักษะการฝึกทดลอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ทักษะการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในด้านทักษะการฝึกทดลอง กล่าวคือ ผู้เรียนที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่สูง จะทำให้มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในการฝึกทดลองที่สูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมัญจวรรณ ลัญญานนท์และสุทธนันท์ กัลป์กะ (2559) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้ผ่านสภาพจริงช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์ให้ผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของปยุตนุช พิมใจใส และนงนภัส วงษ์จันทร์ (2561) ที่พบว่า การจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนทดลองทักษะสำคัญ มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการคิดวิเคราะห์ เป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้เรียนได้คำตอบหรือบทสรุปที่มีคุณภาพเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติได้ (สุรรัตน์ อักษรกาญจน์, 2562) จึงทำให้การฝึกทดลองจากสถานการณ์จริง ช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ขึ้น อีกทั้งการฝึกทดลองจะช่วยให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ จนเกิดการตั้งเอาหลักการแนวคิดที่แฝงอยู่ออกมาใช้ในการฝึกทดลองสถานการณ์จริงนั้นๆ และช่วยให้ผู้เรียนสามารถจับประเด็นการแก้ไขได้อย่างถูกต้องและส่งผลให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์เกิดขึ้น (มัญจวรรณ ลัญญานนท์ และสุทธนันท์ กัลป์กะ, 2559)

และผลการวิจัย ยังพบว่า ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในด้านทักษะการทำงานเป็นทีมและด้านทักษะการนำเสนอ ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดวิเคราะห์ ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการทำงานเป็นทีม จะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ในทีม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นการประเมินความร่วมมือกันภายในทีมเป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดวิเคราะห์นั่นเอง (แสงเดือน กิ่งแก้ว, เยาวเรศ ประภาษานนท์, วารุณี นาดูน และบัณฑิตา ภูอาษา, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นการจัดทำรายงานวิเคราะห์และการฝึกทดลองในรายวิชาอื่นๆ ทางพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน

2. ควรมีการออกแบบกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในด้านทักษะการทำงานเป็นทีมและทักษะการนำเสนอเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์รอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(4), 13-24.

กลุ่มวิชาการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560)*. สุนทร: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร.

เชมรัมย์ คุจวรรณ, กนิพันธุ์ ปานณรงค์, ภัฏจนภรณ์ ธงทอง และทวินันท์ นามโคตร. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 4(2), 117-125.

ทิตนา แหมมณี. (2554). *รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญยง พิมใจใส และนงนภัส วงษ์จันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 154-163.
- พริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์. (2556). การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19(2), 5-19.
- มัญจวรรณ ลัญญะนันท์ และสุทธนันท์ กัลป์กะ. (2559). ประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(1), 61-74.
- รุ่งฤดี กล้าหาญ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 412-420.
- ศิริมา เขมะเพชร. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 9(1), 152-162.
- สุทินี เสาร์แก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารศรีวันาลัยวิจัย*, 8(2), 39-49.
- สุดา ทองทรัพย์และทองปาน บุญกุล. (2562). ผลการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ 5 ขั้น (5E) ในวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์ 2 ต่อความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์และความพึงพอใจของนิสิตพยาบาล. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 8(2), 89-97.
- สุรรัตน์ อักษรกาญจน์. (2562). การศึกษาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(2), 24-32.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, เยาวเรศ ประภาษานนท์, วารุณี นาดูน และบัณฑิตา ภูอาษา. (2560). การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานต่อสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและทักษะการทำงานเป็นทีมในวิชาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 1(3), 29-44.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). *การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค จำกัด.
- อนูวัติ คุณแก้ว. (2562). *สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Fatemeh S. & Shiva H. (2019). The Relationship Between Critical Thinking Skills and Learning Styles and Academic Achievement of Nursing Students. *The Journal of Nursing Research*, 27(4), 1-6.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical method for health research*. (4th ed.). New York: Lippincott.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

อรวิดี กาลสงค์, พย.บ.*

Received : May 19, 2020

Revised : November 30, 2020

Accepted : November 30, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดของไอโอวา (IOWA model of evidence based practice to promote quality care) ประกอบด้วยงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 7 เรื่อง มาวิเคราะห์และสกัดสาระสำคัญพัฒนาแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจังหวัดสงขลา 32 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีหิบบลากรแบบไม่คืน และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดาทุกคนในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 มีจำนวน 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติ One – sample t-test

ผลการวิจัย พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ประกอบด้วย 12 ข้อปฏิบัติ แบ่งเป็นการดูแลก่อน ขณะ และหลังได้รับยา วิเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการของแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติค่าที (One sample t - test) กับระดับค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทั้ง 12 ข้อ ผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่าพยาบาลใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 100 และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชน และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วย STEMI

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสะเดา; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail: on-onwadee@hotmail.com

Development of Nursing Practice Guideline for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Receiving Streptokinase, Sadao Hospital

Onwadee Kalasong, M.N.S.*

Abstract

This study aimed to develop and test the effectiveness of clinical nursing practice guidelines (CNPG) for patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) receiving streptokinase in Sadao hospital. IOWA model of evidence-based practice to promote quality care was used as a research framework. There were 7 related research articles were analyzed and extracted for developing CNPG. Content validity, suitability, feasibility, and benefit to clients were validated by 3 experts. Samples were 32 registered nurses who were purposive sampling from nurses who working for emergency and accident department in hospitals, Songkhla province. The developed CNPG was used by samples with 6 patients with STEMI receiving streptokinase from October to December 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, and One-sample t-test.

Research results revealed that CNPG for patients with STEMI included 12 items and categorized them into pre-operation, intra-operation, and post-operation of receiving streptokinase. Suitability, feasibility, and benefit to clients were analyzed using a one-sample t-test and mean with maximum rating criteria ($\mu \geq 3.50$). It was found that CNPG for patients with STEMI receiving streptokinase, Sadao hospital was statistically significant in terms of suitability, feasibility, and benefit to clients ($p < .001$) with a total of 12 items. Nurses used this CNPG 100% and death and complications of patients were not found.

It was recommended that developed practice guidelines should be used for patients with STEMI receiving streptokinase in community hospitals with continuous improvement.

Keywords: nursing practice guideline, patients with STEMI

* Registered nurse, professional level Sadao Hospital
Corresponding E-mail: on-onwadee@hotmail.com

บทนำ

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute Coronary Syndrome) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก ประมาณ 17.9 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 31 จากการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2016) ในประเทศไทยและในเขต 12 ของไทย กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตหนึ่งในห้าอันดับโรคแรกในปี 2555-2558 (กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลสะเดา (โรงพยาบาลสะเดา, แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2560) โรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย *ST elevation myocardial infarction* (STEMI) ซึ่งมีความรุนแรงที่สุด, *non ST elevation myocardial infarction* (NSTEMI) และ *unstable angina* (UA) จากการทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Registry in Acute Coronary Syndrome Registry (TRACS) จากโรงพยาบาลทั้งหมด 39 แห่งในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,007 รายพบผู้ป่วย STEMI ถึง 54.9% NSTEMI 33.1% และ UA 12% (Suphot, et al., 2012) สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลสะเดาปี 2561 จำนวนผู้ป่วย 65 รายพบผู้ป่วย STEMI ถึง 60 % NSTEMI 29.23% และ UA 10.77% จะเห็นได้ว่า STEMI พบได้สูงสุด การรักษากลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ ชนิด ST Elevation ปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การสลายลิ่มเลือดด้วยยา (thrombolysis) การเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) (วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา, 2555)

แนวทางการรักษาเน้นที่ความเร็วในการวินิจฉัยและการให้การรักษาลดหลอดเลือดอย่างรวดเร็วด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำ PCI (ศุภชัย ไตรอุโฆษ, 2556; สุนันทา สกวลดี, 2554) เพราะการเปิดหลอดเลือดมีหลักการที่จะต้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถให้ได้ โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกจะได้ผลดีที่สุดและความเร็วของการรักษามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ซึ่งพบว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ ลดได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง และลดได้เพียงร้อยละ 18 ถ้าให้ภายใน 4-6 ชั่วโมง (ศุภชัย ไตรอุโฆษ, 2556) การรักษาด้วย PCI และ CABG ทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพร้อมเท่านั้น ส่วนการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่รวดเร็วสามารถให้การรักษได้ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธี PCI และ CABG จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

โรงพยาบาลสะเดาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและอยู่ห่างจากโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่สามารถทำ PCI และ CABG ได้ประมาณ 50 กิโลเมตร จำเป็นต้องให้การรักษาดัวยยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง เพราะพยาบาลเป็นผู้ให้ยาและเป็นผู้ติดตามประเมินผลตลอดการให้ยา จากการปฏิบัติงานพบว่ายังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น การให้ยาที่เร็วเกินไปทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดปกติ หากเฝ้าระวังไม่เพียงพอผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งที่ผ่านมาจะใช้แนวทางการดูแลของโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีความพร้อมในการดูแล มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่โรงพยาบาลสะเดาไม่มี ดังนั้นการให้ยา เช่น ระยะเวลาการให้ยาจึงต่างกัน เป็นต้น และยังไม่มีแนวทางในการดูแลจนถึงช่วงส่งต่อ ทำให้แนวทางการดูแลขาดความต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นยาที่เริ่มให้ในโรงพยาบาลชุมชนทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้ความเสี่ยงสูง เพราะก่อนหน้านี้จะต้องให้ในโรงพยาบาลที่มีหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) จากปัญหาดังกล่าวการ

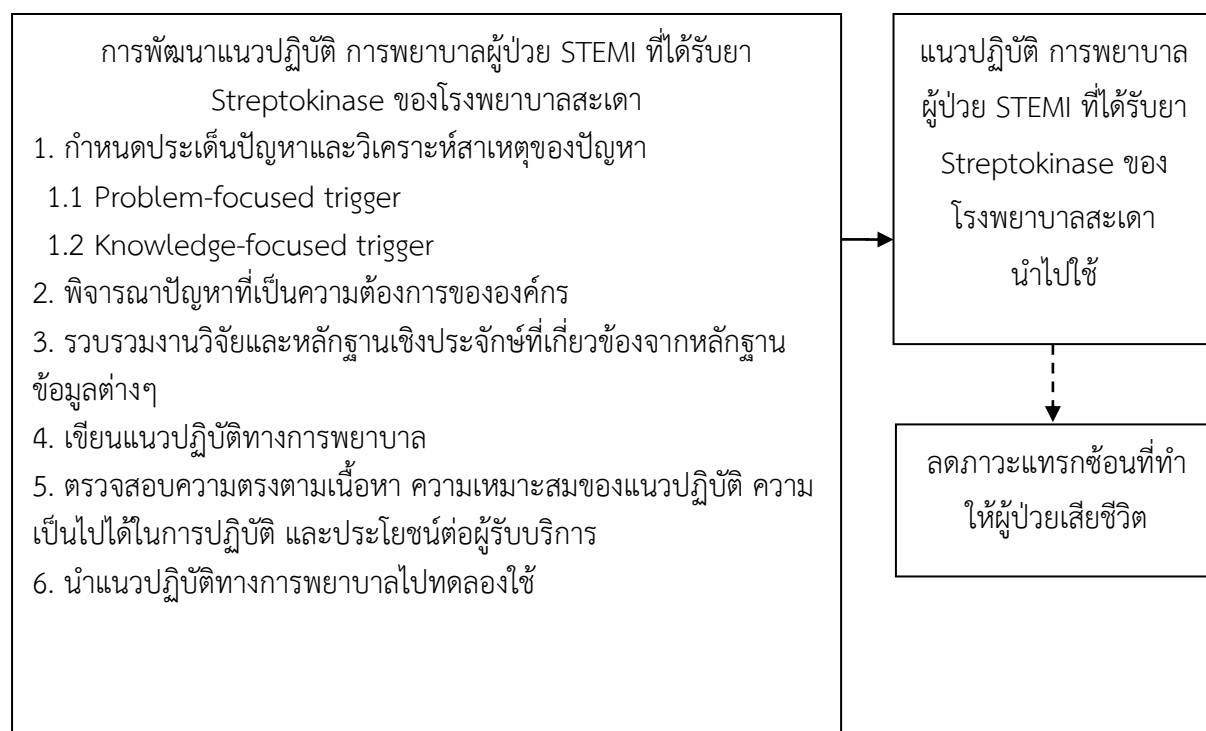
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา จะทำให้ได้แนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดาใช้โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลการวิจัยตามกรอบของไอโอวา (IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care) (Titler, et al., 2001) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ขั้นตอนแต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ 6 ขั้นตอน เนื่องจากงานวิจัยเป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ยังไม่ได้สร้างเป็นคู่มือ และเผยแพร่ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 7 และ 8 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบของไอโอวา โดยในการวิจัยครั้งนี้กำหนดเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งได้จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง ดังนี้

1. จากประสบการณ์การทำงานด้านอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเป็นระยะเวลา 20 ปี พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเดิมไม่ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา SK ในโรงพยาบาลชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้มีการให้ยา SK ในโรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ปัญหาที่พบคือยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้ความเสี่ยงสูง ที่ผ่านมาจะใช้แนวทางการดูแลของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย แนวปฏิบัติไม่มีความต่อเนื่องจนถึงการส่งต่อ และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความพร้อมในการดูแล มีแพทย์เฉพาะทาง แตกต่างกับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มี และต้องใช้ระยะเวลาการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง กรณีผู้ป่วยที่ได้ยาเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาหรือเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น ซึ่งวิเคราะห์สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าน่าจะเกิดจากการให้ยาตามแนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถให้ยาเป็นระยะเวลา 30 นาทีได้ แต่โรงพยาบาลสะเดาพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากการให้ยาเร็ว จึงปรับแนวทางให้ใน 1 ชั่วโมง เป็นต้น และสิ่งที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องการคือ แนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase ที่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นภาวะวิกฤติที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ทันทีที่ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุม ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

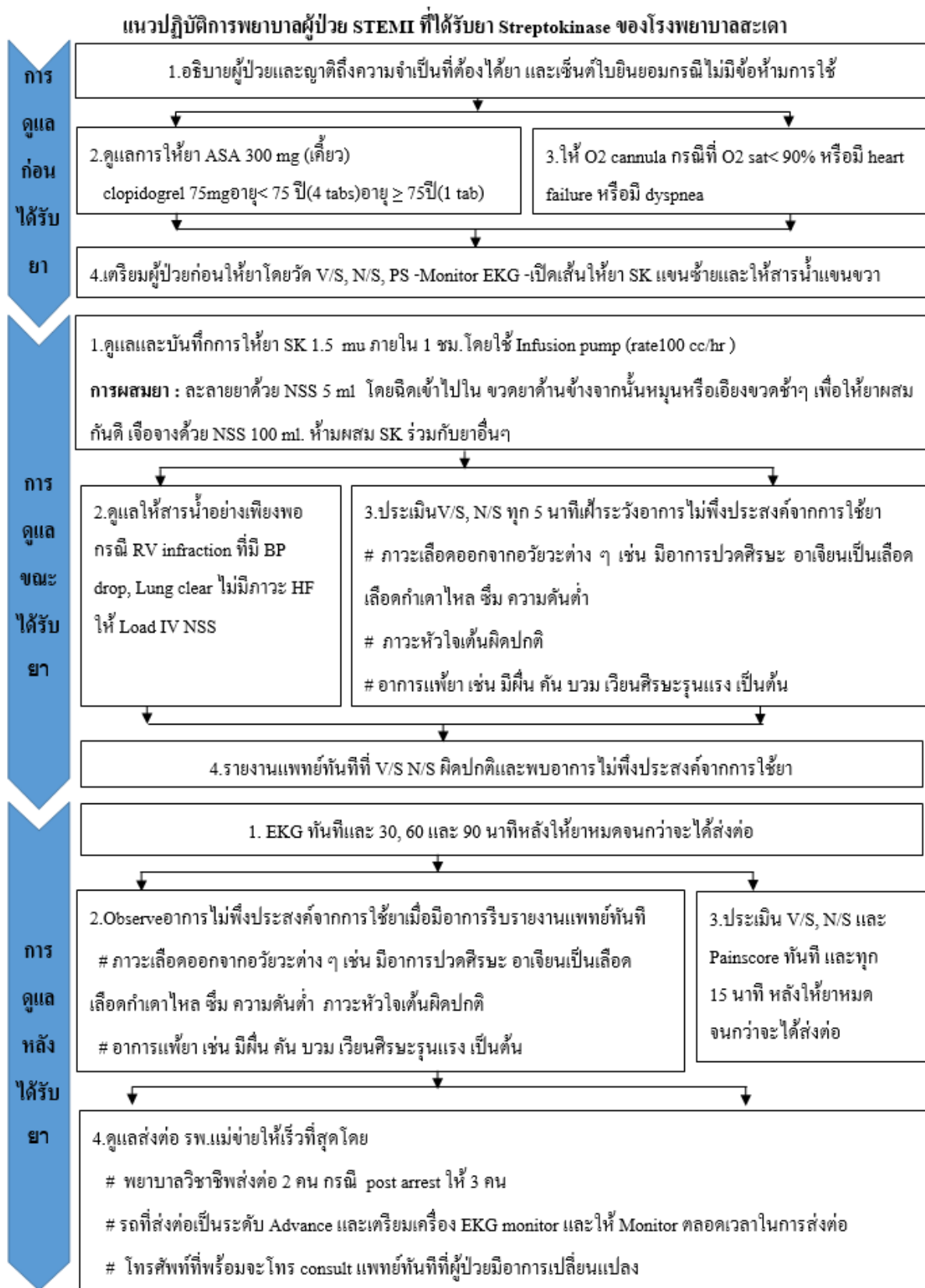
2. จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าโรงพยาบาลชุมชนควรให้ยาละลายลิ้มเลือดแก่ผู้ป่วย STEMI โดยเร็วที่สุด (วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา, 2555; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2557) และการให้ยาอย่างเหมาะสมจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินจาก STEMI ได้ (เกรียงไกร เสงร์ศรี, 2558) โดยการให้ยาละลายลิ้มเลือดต้องสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป ตลอดจนถึงติดตามสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) อย่างใกล้ชิด หลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ้มเลือด ติดตาม EKG (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2557) และส่งต่อโรงพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ, 2557; สราวุธ ธนสมบูรณ์พันธุ์ และชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2557)

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคฉุกเฉินที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลสะเดา แต่ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีเสียชีวิตจากการดูแล 4 ราย จาก 65 ราย ในปี 2561 คิดเป็น 6 % ทั้งนี้เนื่องจากการให้ยาละลายลิ้มเลือดช้าอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุ จึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนอกเหนือจากการมารับบริการที่ล่าช้า โรงพยาบาลสะเดาจึงต้องการพัฒนาการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยนี้จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่มีความสำคัญเช่นกัน และพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลและให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK ยังไม่มีแนวปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จึงเป็นสาเหตุที่ต้องพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ขึ้นมาให้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร

ขั้นตอนที่ 3 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานข้อมูลต่างๆ ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2016 ได้แก่ ฐานข้อมูลงานวิจัย 24 สถาบัน, Blackwell, CINAHL, ProQuest, PubMed,

Science direct นำมาคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีความสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา ได้งานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง และแนวปฏิบัติทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องจำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยและแนวปฏิบัติทั้งหมดมาวิเคราะห์และสกัดสาระสำคัญ สรุปได้ประเด็นหลักๆ และสามารถปฏิบัติได้จริงภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนในด้านบุคลากรที่ไม่มีแพทย์-พยาบาลเฉพาะทาง ด้านเครื่องมือที่มีในโรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวปฏิบัติที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถปฏิบัติได้ คือ การดูแลก่อนได้รับ Streptokinase ขณะได้รับ Streptokinase และหลังได้รับ Streptokinase ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเตา เน้นที่ความปลอดภัย ของผู้ป่วยเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 4 เขียนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้วิจัยนำสาระสำคัญที่ได้มาเขียนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยา ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังได้รับ Streptokinase ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเนื่องจากมีความละเอียด แยกการดูแล ก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาตั้งแต่เริ่มการให้ยาดูแลตลอดจนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อรับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง (โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีการส่งต่อกรณีผู้ป่วยต้องได้ยา Streptokinase เหมือนโรงพยาบาลชุมชน) แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกคน สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase ได้ตามขั้นตอนในแนวปฏิบัติที่สะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเตา

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบด้วย แพทย์ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 3 ท่าน เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ไ้ยา SK ให้มีความถูกต้อง ครบคลุม และเหมาะสมพร้อมทั้งปรับกระบวนการของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหลังจากนั้นศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ประโยชน์ของแนวปฏิบัติต่อผู้รับบริการ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เหมาะสมครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ไปใช้กับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ในโรงพยาบาลสะเดาทุกคนที่มารับบริการในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาทุกคน

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจังหวัดสงขลา จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้ G power 3.1 (ธวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) แต่เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลจึงได้กำหนดโรงพยาบาลละ 4 คน เป็น 32 คนโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีหยิบลูกบอลแบบไม่คืน จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาจำนวน 8 โรงพยาบาล จาก 4 โชน โชนละ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ นาหม่อม ปาดังเบซาร์ รัตภูมิ บางกล่ำ สทิงพระ ระโนด เทพา สะบ้าย้อย โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่จำกัดเพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล และประสบการณ์งานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความ จำนวน 5 ข้อ

1.2 แบบสอบถามตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 4 ของการพัฒนา ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ไ้ยาจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก มากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

2. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

2.1 แบบประเมินผลพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา โดยให้เลือกตอบ ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติจำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบประเมินผลผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดาโดยให้เลือกตอบการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม รวมจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติทั้งก่อน และหลังการให้ยามีค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสะเดา ได้หมายเลขรับรอง 6/2562 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2562 โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ค่าสถิติร้อยละ
2. วิเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการของแนวการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาล สะเดา โดยใช้สถิติค่าที (One sample t- test) เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวได้มาจากข้อมูลของกลุ่มผู้รู้แจ้งชัดแล้วทำการแปลความหมายค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) (กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, 2558) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติทดสอบค่าที เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน พบว่ามีค่าแตกต่างกันเล็กน้อย จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ความเหมาะสม: $M = 4.73$, Median = 4.76) (ความเป็นไปได้: $M = 4.69$, Median = 4.73) (ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ : $M = 4.80$, Median = 4.84)

3. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.75 อายุเฉลี่ย 40 ปี (อายุระหว่าง 31-51 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.75 ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลเฉลี่ย 17 ปี (ระหว่าง 2-28 ปี) และประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 14 ปี (ระหว่าง 2-28 ปี)

2. ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา โดยค่าเฉลี่ยด้านความเหมาะสมอยู่ระหว่าง 4.53 - 4.84 โดยแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือดูแลการให้ยา ASA 300 mg

(เคียว) clopidogrel 75 mg อายุ < 75 ปี (4 tabs) อายุ $\geq$ 75 ปี (1 tab) ส่วนแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ให้ O₂ cannula กรณีที่ O₂ saturation < 90% หรือมี ภาวะล้มเหลว (heart failure) หรือมีภาวะ หายใจลำบาก (dyspnea) ค่าเฉลี่ยด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ระหว่าง 4.44 - 4.93 โดยแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ดูแลและบันทึกการให้ยา SK 1.5 mu ภายใน 1 ชม.โดยใช้ Infusion pump (rate 100 cc/hr) ส่วนแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคืออธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้ยา และเซ็นใบยินยอมกรณีไม่มีข้อห้ามการใช้ ค่าเฉลี่ยด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการอยู่ระหว่าง 4.66 - 4.94 โดยแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ กรณี Right Ventricle Infraction ที่มีภาวะความดันต่ำ, ปอด ปกติ (Lung Clear) ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ให้ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ส่วนแนวปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้ยา และเซ็นใบยินยอมกรณี ไม่มีข้อห้ามการใช้ เมื่อเปรียบเทียบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา โดยใช้สถิติค่าที (One sample t - test) กับระดับค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) พบว่า แนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดามีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ใน การปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทั้ง 3 ด้าน และทั้ง 12 ข้อ ดัง ตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 ความเหมาะสม ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาStreptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

แนวปฏิบัติ	N = 32			
	M	SD	t	p-value
การดูแลก่อนได้รับยา Streptokinase				
1. อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้ยา และเซ็นใบยินยอมกรณีไม่มีข้อห้ามการใช้	4.66	0.60	43.784	<.001
2. ดูแลการให้ยา ASA 300 mg (เคี้ยว) clopidogrel 75 mg อายุ < 75 ปี (4 tabs) อายุ ≥ 75 ปี (1 tab)	4.84	0.37	74.276	<.001
3. ให้ O2 cannula กรณีที่ O2 sat < 90% หรือมี heart failure หรือมี dyspnea	4.53	0.88	29.151	<.001
4. เตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาโดยวัด V/S, N/S, PS -Monitor EKG - เปิดเส้นให้ยา SK แขนซ้ายและให้สารน้ำ แขนขวา	4.75	0.51	52.894	<.001
การดูแลขณะได้รับ Streptokinase				
1. ดูแลและบันทึกการให้ยา SK 1.5 mu ภายใน 1 ชม. โดยใช้ Infusion pump (rate 100 cc/hr)	4.81	0.40	68.650	<.001
2. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ กรณี RV infraction ที่มี BP drop, Lung clear ไม่มีภาวะ HF ให้ Load IV NSS	4.81	0.40	68.650	<.001
3. ประเมิน V/S, N/S ทุก 5 นาทีเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.81	0.40	68.650	<.001
4. รายงานแพทย์ทันทีที่ V/S N/S ผิดปกติและพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.78	0.42	64.395	<.001
การดูแลหลังได้รับ Streptokinase				
1. EKG ทันทีและ 30, 60 และ 90 นาทีหลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.63	0.75	34.822	<.001
2. Observe อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมื่อมีอาการรีบรายงานแพทย์ทันที	4.81	0.40	68.650	<.001
3. ประเมิน V/S, N/S และ Pain score ทันที และทุก 15 นาทีหลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.71	0.58	45.934	<.001
4. ดูแลส่งต่อ รพ.แม่ข่ายให้เร็วที่สุด	4.59	0.80	32.582	<.001

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

แนวปฏิบัติ	N = 32			
	M	SD	t	p-value
การดูแลก่อนได้รับยา Streptokinase				
1. อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้ยา และเซ็นใบยินยอม กรณีไม่มีข้อห้ามการใช้	4.44	0.70	37.521	<.001
2. ดูแลการให้ยา ASA 300 mg (เคี้ยว) clopidogrel 75 mg อายุ < 75 ปี (4 tabs) อายุ ≥ 75ปี (1 tab)	4.71	0.52	51.071	<.001
3. ให้ O2 cannula กรณีที่ O2 sat< 90% หรือมี heart failure หรือมี dyspnea	4.56	0.76	33.989	<.001
4. เตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาโดยวัด V/S, N/S, PS -Monitor EKG-เปิดเส้นให้ยา SK แขนซ้ายและให้สารน้ำ แขนขวา	4.78	0.49	55.103	<.001
การดูแลขณะได้รับ Streptokinase				
1. ดูแลและบันทึกการให้ยา SK 1.5 mu ภายใน 1 ชม. โดยใช้ Infusion pump (rate100 cc/hr)	4.93	0.26	113.57	<.001
2. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ กรณี RV infraction ที่มี BP drop, Lung clearไม่มีภาวะ HF ให้ Load IV NSS	4.78	0.55	48.939	<.001
3. ประเมิน V/S, N/S ทุก 5 นาทีเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.59	0.61	42.256	<.001
4. รายงานแพทย์ทันทีที่ V/S N/S ผิดปกติและพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.84	0.37	74.276	<.001
การดูแลหลังได้รับ Streptokinase				
1. EKG ทันทีและ 30, 60 และ 90 นาทีหลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.53	0.80	31.937	<.001
2. Observeอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมื่อมีอาการรีบรายงานแพทย์ทันที	4.75	0.51	52.894	<.001
3. ประเมิน V/S, N/S และ Pain score ทันที และทุก 15 นาทีหลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.75	0.57	47.310	<.001
4. ดูแลส่งต่อ รพ.แม่ข่ายให้เร็วที่สุด	4.63	0.75	34.822	<.001

ตารางที่ 3 ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา

แนวปฏิบัติ	N = 32			
	M	SD	t	p-value
การดูแลก่อนได้รับยา Streptokinase				
1. อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้ยา และเซ็นใบยินยอมกรณีไม่มีข้อห้ามการใช้	4.66	0.55	48.301	<.001
2. ดูแลการให้ยา ASA 300 mg (เคี้ยว) clopidogrel 75 mg อายุ < 75 ปี (4 tabs) อายุ ≥ 75 ปี (1 tab)	4.84	0.37	74.276	<.001
3. ให้ O2 cannula กรณีที่ O2 sat< 90% หรือมี heart failure หรือมี dyspnea	4.66	0.75	35.342	<.001
4. เตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาโดยวัด V/S, N/S, PS-Monitor EKG-เปิดเส้นให้ยา SK แขนซ้ายและให้สารน้ำ แขนขวา	4.84	0.45	61.177	<.001
การดูแลขณะได้รับ Streptokinase				
1. ดูแลและบันทึกการให้ยา SK 1.5 mu ภายใน 1 ชม.โดยใช้ Infusion pump (rate 100 cc/hr)	4.90	0.30	93.718	<.001
2. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ กรณี RV infraction ที่มี BP drop, Lung clearไม่มีภาวะ HF ให้ Load IV NSS	4.94	0.25	113.570	<.001
3. ประเมิน Vital sign และ Neuro sign ทุก 5 นาที เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.84	0.37	74.276	<.001
4. รายงานแพทย์ทันทีที่ V/S N/S ผิดปกติและพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.86	0.34	82.072	<.001
การดูแลหลังได้รับ Streptokinase				
1. EKG ทันทีและ 30, 60 และ 90 นาทีหลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.75	0.67	39.984	<.001
2. Observe อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมื่อมีอาการรีบรายงานแพทย์ทันที	4.84	0.37	74.276	<.001
3. ประเมิน V/S, N/S และ Pain score ทันที และทุก 15 นาที หลังให้ยาหมดจนกว่าจะได้ส่งต่อ	4.78	0.49	55.103	<.001
4. ดูแลส่งต่อ รพ.แม่ข่ายให้เร็วที่สุด	4.75	0.62	43.188	<.001

3. ผลการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562 มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase 6 ราย พบว่ามีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทุกราย และใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดาทุกข้อปฏิบัติ

การประเมินผลผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมด 6 คน เป็นชายทั้งหมด อายุในช่วง 30-65 ปี พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาทั้งภาวะเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อาการแพ้ยา และไม่พบการเสียชีวิต

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา มีทั้งหมด 12 ข้อปฏิบัติ แบ่งเป็นการดูแลก่อนได้รับยา การดูแลขณะได้รับยา และการดูแลหลังได้รับยา Streptokinase เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยตลอดจนการนำส่งที่ปลอดภัย จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา ประกอบด้วย การดูแลก่อน ขณะและหลังได้รับยา Streptokinase โดยแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแนวปฏิบัตินี้เป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมแพทย์มณฑลนาครหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทยและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจกระทรวงสาธารณสุข (2563) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2557) NSW Government Health (2015) Patrick, et al. (2013) Marco, et al. (2015) ที่พบว่าแนวปฏิบัติทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนได้รับยา มีการประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและการดูแลที่ลดความเสี่ยงที่ครอบคลุม ระยะได้รับยา มีขั้นตอนการให้ยา การติดตามประเมินอาการตลอดระยะเวลาที่ให้ยาเพื่อเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และระยะหลังได้รับยา มีการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเห็นได้ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งปฏิบัติได้ง่าย ครอบคลุม ตั้งแต่เริ่มให้ยาตลอดจนส่งต่อถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างมีมาตรฐานและลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดนโยบายให้มีการให้ยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งเดิมการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI จะให้ในโรงพยาบาลที่มี ICU เพราะเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง แต่เนื่องจากพบว่าการให้ยา Streptokinase ที่เร็วที่สุดจะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI (ศุภชัย ไตรอุโฆษ, 2556) ดังนั้นแนวปฏิบัตินี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อสร้างความมั่นใจและปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้สามารถให้การพยาบาลทั้งในระยะ ก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาอย่างถูกต้อง

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา พบว่าในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562 มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีเสียชีวิต แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการจริง ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะ (2563) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2557) NSW Government Health (2015) Patrick, et al. (2013) Marco, et al. (2015) และมีความเหมาะสมกับบริบทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติการดูแลตั้งแต่เริ่มให้ยาจนส่งต่อที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย ดังข้อคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ใช้แนวปฏิบัติกล่าวว่า “ใช้ง่ายดี มีขั้นตอนการผสมยา การให้ยา การติดตามอาการและมีแนวทางให้พยาบาลในการส่งต่อด้วย” และพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ได้ใช้แนวปฏิบัติเห็นด้วยกับข้อคิดเห็นดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในการดูแลได้อย่างถูกต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยควรมีการปรับปรุงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่

2. ควรมีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการให้ยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชุมชน และติดตามผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยอาจใช้แนวคิด PDCA

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). รายงานการศึกษาศถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=12501&tid=328&gid=1-020>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 (2555-2559). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2558). การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
- เกรียงไกร เสงร์ธม. (2558). โรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารกรมการแพทย์. 40 (3) 2558, 1-10
- ธวัชชัย วรพงษ์ และสุริย์พันธุ์ วรพงษ์. (2561) การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 41(2), 11-21
- โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2557). แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. สงขลา. เอกสารอัดสำเนา
- โรงพยาบาลสะเดา, แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (2560). ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสะเดา. สงขลา. เอกสารอัดสำเนา
- วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา. (2555). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevation ด้วยยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร, 29(3), 349-356
- ศุภชัย ไตรอุโฆษ. (2556). การจัดการและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. เอกสารอัดสำเนา
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, ชมรมคลื่นสะท้อนเสียงหัวใจแห่งประเทศไทย, ชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย, ชมรมคาร์ดิโอคิมเมจจิงแห่งประเทศไทย และชมรมมันทนาการหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, แพทย์สภาและกระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มันทนาการหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทยและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทปดีไซน์.
- สรารุณ ธนสมบุญพันธุ์ และชาติชาย คล้ายสุบรรณ. (2557). ST-segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). ในบริบทที่ไม่สามารถสวนหัวใจได้ทันเวลา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 31(1), 30-42

- สุนันทา สกุดดี. (2554). EKG in Ischemic heart disease. ใน ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน (บรรณาธิการ), *การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 111-130). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- Marco, R., Carlo, P., Jean-Philippe, C., Christian, M., Marco, V., Felicita, A., Jeroen J., et al. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 10(2)1-59
- NSW Government Health. (2015). *Nurse Administered Thrombolysis (NAT) Protocol for ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI)*. Sydney, Australia : NSW Government Health.
- Patrick, T., Frederick, G., Donald, E., James. A., James, C., Barry, A., Harlan, M., et al. (2013). 2013 ACC/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation American Heart Association Journal*, 127(4) 362-425
- Srimahachota, S., Boonyaratavej, S., Kanjanavanit, R., Sritara, P., Krittayaphong, R., Kunjara-Nayudhya, R., Tatsanavivat, P., & TR ACS Group (2012). Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)--an extension of Thai Acute Coronary Syndrome registry (TACS) group: lower in-hospital but still high mortality at one-year. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 95(4), 508–518.
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical care nursing clinics of North America*, 13(4), 497–509.
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular diseases*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นภัสวรรณ สันจร, พย.ม.*

Received : August 19, 2020

Revised : December 17, 2020

Accepted : December 18, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 - เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 27 รายเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของเบอร์ทาแลนไฟและการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิตินอนพารามेटริก (Non-parametric statistics) ทดสอบโดย Wilcoxon Signed Rank Test

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.81 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (51.9%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (40.7%) สถานภาพสมรสคู่ (70.4%) มีโรคประจำตัว 2 โรค (33.3%) เคยเข้ารับการรักษาครั้งล่าสุดในแผนกผู้ป่วยในเมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (25.9%) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (96.3%) สาเหตุการเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่น คิวิน (29.6%) สาเหตุรองลงมาคือจากการขาดยา (25.9%) และสภาพอากาศ (25.9%) ผู้ป่วยร้อยละ 77.8 มีผู้ดูแลโดยมีประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต (97.4%) ระยะเวลาเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ 25.5 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย 20.2 มวน/วัน ส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ร้อยละ 98.5 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 16.2 ปี และวิเคราะห์ผลการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการศึกษาพบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงต่ำกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยการนำชุดการวางแผนจำหน่ายไปพัฒนาในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน การกลับมารักษาซ้ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: napas.sun@gmail.com

The Effects of COPD Discharge Care Bundle for Numbers of Admission, Revisits, Acute Exacerbation and Readmissions Among COPD Patients

Napassawan Sunjorn RN., MS., APN.*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of COPD discharge care bundle on numbers of admission, revisits, acute exacerbation, and readmissions among 27 COPD patients who were admitted to male medical ward 2, Songkhla Hospital from June 2019 to April 2020. Bertalanffy's System Theory and Nursing Division's D-METHOD model were used to conceptualize the COPD discharge care bundle. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation were used to describe the findings. Wilcoxon Signed Rank Test was used to analyze the effects of COPD discharge care bundle.

Samples were average age 69.81 years, elementary education (51.9%), agriculturists (40.7%), married (70.4%). Most of them had comorbidities (33.3%). 25.9% of the sample were last admitted to the ward in the past 2 months with COPD. Body mass index (BMI) was in the normal range (96.3%). The cause of admission was mostly due to the environment such as dust (29.6%) followed by discontinuation of medications (25.9%) and climate (25.9%). 77.8% of the sample had caregivers, a history of cigarette smoking (97.4%), 25.5 average years of smoking, number of 20.2 cigarettes per day. For current smoking status, 98.5% of the sample quitted smoking. The duration of smoking was 16.2 years. Results revealed that after using COPD discharge care bundle, numbers of admission, revisits, acute exacerbation, and readmissions were significantly lower than that of before ($p=.001$), so research study should be done by adapting COPD discharge care bundle for further development in discharge planning to the other group of non-communicable diseases.

Keywords: COPD discharge care bundle, admission, revisits, acute exacerbation, readmissions

* Professional nurse. Nursing work group, Songkhla Hospital; Corresponding E-mail: napas.sun@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม (Wangsom, 2016) จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 40 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2561 โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตราค่าเจ็บป่วยหนักมากที่สุด มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ (สถาบันโรคทรวงอก, 2562) ภาวะอาการรุนแรงของโรคกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงกว่าปกติ (Donaldson, & Wedzicha, 2006) ทำให้ต้องมารับการตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทางเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสงขลา ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และเป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของโรงพยาบาล โดยพบว่ามีการกลับมารักษซ้ำ (readmissions) มีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 455, 522 และ 546 รายต่อปีตามลำดับ และพบว่าจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสูงถึง 743, 770 และ 750 ครั้งต่อปี ตามลำดับ โดยจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (numbers of admission) เฉลี่ย 2.5, 4.2, 3.4 ครั้ง/คน/ปี จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ (revisits) 30, 35 และ 34 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 4.01, 4.55 และ 4.53 ตามลำดับ โดยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation [AE]) สูงถึง 120, 136, และ 167 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 16.16, 17.66 และ 22.26 ตามลำดับ มีผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้ออกแผนภายใน 28 วัน (readmissions) จำนวน 56, 65 และ 64 ราย/ปี คิดเป็นร้อยละ 10.29, 12.45 และ 11.72 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 50, 52 และ 50 ราย/ปี คิดเป็นร้อยละ 10.99, 9.96 และ 9.15 ตามลำดับ ส่งผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและทำให้ค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Group [DRG]) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Criner, & Han, 2018) ประกอบกับการศึกษาของ Glaab, Vogelmeier, Hellmann and Buhl (2012) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาในทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยเพราะความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแพทย์อย่างเดียวไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งระบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพแบบครบวงจรตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเพื่อติดตามพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ตลอดจนการประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือค่าน่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการดูแลแบบเดิมๆ และการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมยังมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมน้อยมาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลสงขลา ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย และในแต่ละแผนก ขาดการประสานงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นการท้าทายที่จะพัฒนาชุดการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้

นำสู่การจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพขึ้นในปี พ.ศ. 2562 และการศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ เพื่อจัดทำชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ขึ้นโดยมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตาม COPD discharge care bundle เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาผลของการใช้ชุดวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปสู่การใช้ชุดวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นรูปธรรมและนำสู่การพัฒนาเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ต่อจำนวนครั้งของการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

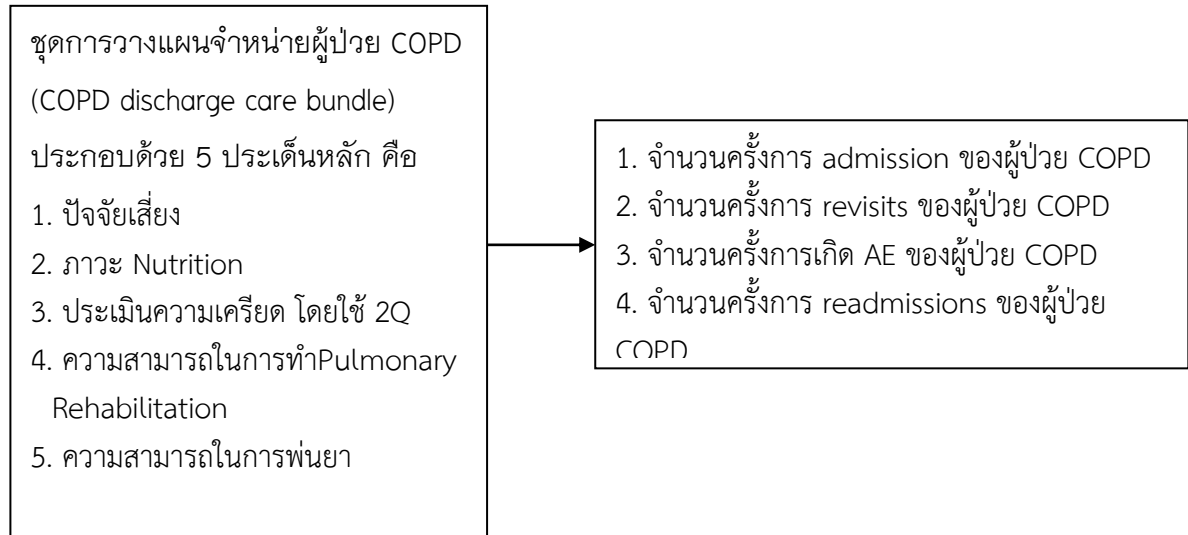
1. หลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) น้อยกว่าก่อนใช้
2. หลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ (revisits) น้อยกว่าก่อนใช้
3. หลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) น้อยกว่าก่อนใช้
4. หลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD discharge care bundle) ผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) น้อยกว่าก่อนใช้

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด 2 กรอบแนวคิด คือ กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของเบอร์ตาลันด์ไฟ (Bertalanffy, 1998) โดยระบบประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการดังนี้

- (1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ COPD discharge care bundle.
- (2) กระบวนการ (Process) คือรูปแบบกิจกรรมในการใช้ COPD discharge care bundle
- (3) ผลผลิต (Output) คือผลที่คาดหวัง ได้แก่ จำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions)
- (4) การตรวจผลย้อนกลับ (Feedback) คือข้อมูลผลที่เกิดจากกิจกรรมสามารถนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในขั้นตอนต่างๆ ได้โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ส่วนนี้ จะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันและแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล (2539) โดยในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบ (D = disease) ความรู้เกี่ยวกับยาและฝึกทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการใช้ยา (M = medication) การจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดการปัญหาเศรษฐกิจ (E = environment & economic) แผนการรักษา (T = treatment) เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง (H = health) การมาตรวจตามนัด (O = Out patient referral) และการเลือก

รับประทานอาหารที่เหมาะสม (D = diet) โดยขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การวินิจฉัยปัญหา การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ตั้งไว้ และการประเมินผล (กองการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข, 2539)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลัง (Quasi-experimental, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) เพศชาย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) .5 (Cohen, 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power of test .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 27 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission), การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits), การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ครบทั้ง 4 ข้อ และแต่ละข้อต้องมีอย่างน้อย 1 ครั้ง/6 เดือนที่ผ่านมา (ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2561 - 31 พฤษภาคม 2562) รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเข้าร่วมในการดูแลโดยใช้ COPD discharge care bundle จนครบกระบวนการ และสามารถติดตามข้อมูลการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) หลังได้รับการดูแลโดยใช้ COPD discharge care bundle ภายใน 6 เดือนหลังจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลอายุ ประวัติโรคประจำตัว วันเดือนปีที่ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง เบอร์โทรศัพท์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย (Last admission) จำนวนครั้ง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ชื่อผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ผู้ดูแล ประวัติการทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ครั้งล่าสุด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน สาเหตุนำไป/ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

2. COPD discharge care bundle ซึ่งจัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทั้งในและต่างประเทศ จาก The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2020) รวมทั้งจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาสาเหตุที่แท้จริงของการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission), การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits), การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีรายละเอียดการประเมินและกิจกรรมการดูแลใน 5 หัวข้อ ดังนี้

2.1 ปัจจัยเสี่ยง

2.2 ภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form [NAF])

2.3 ประเมินความเครียด โดยใช้การประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions [2Q])

2.4 ความสามารถในการทำ Pulmonary Rehabilitation

2.5 ความสามารถในการพ่นยา

มีการบันทึกสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ (Vital signs) ก่อนจำหน่าย การประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD คำแนะนำที่ให้ การนัดทำ Lung Function Test การระบุวันนัดครั้งต่อไป ที่ COPD คลินิก พร้อมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Continuing of Care link : COC link) ให้แก่ทีมเยี่ยมบ้านในประเด็นที่ต้องติดตาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) COPD discharge care bundle ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี 1 ท่าน จากนั้นนำผลการพิจารณาเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเป็นรายข้อ และนำไปทดลองกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 รายโดยมีประวัติการ admission, revisits, acute exacerbation, และ readmissions ครบทั้ง 4 ข้อ โดยแต่ละข้อต้องมียอย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits), การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม สามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการตลอดจนความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) ณ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มทดลองโดยผู้ป่วย รายที่ 27 ซึ่งเป็นรายสุดท้ายถูกคัดเข้าเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง นำเสนอ ข้อมูลเป็นภาพรวมหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้ กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และ/หรือตอบรับโดยวาจาและพิมพ์ลายนิ้วมือในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการ ศึกษาวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา เลขที่ SKH IRB 2020-Nrt-IN3-0831

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง และ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในรายที่อ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้

ขั้นตอนที่ 4 นัดหมายผู้ป่วยในการลงโปรแกรม COPD discharge care bundle

4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลอง

4.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้ง ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้า ร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา สามารถบอกยกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการรักษา การพยาบาลหรือบริการที่ ได้รับเช่นกัน

4.3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินในทุกหัวข้อที่กำหนดและได้รับการดูแลตามแนวทาง ของ COPD discharge care bundle จากทีมสหวิชาชีพอย่างครบถ้วนตามประเด็นปัญหาที่พบจากการ ประเมินผู้ป่วยก่อนการใช้ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร คลินิกเล็ก บุหรี่ คลินิกสุขภาพใจ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมเวชกรรมสังคม

ขั้นตอนที่ 5 ณ วันจำหน่าย มีการประเมินซ้ำตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

ขั้นตอนที่ 6 ติดตามจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission), การเข้ารับการรักษา รักษาซ้ำ (revisits), การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามา รักษาซ้ำ (readmissions) หลังจำหน่ายภายใน 6 เดือนจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสงขลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการรักษา รักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามา รักษาซ้ำ (readmissions) ก่อนและหลังใช้ COPD discharge care bundle โดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจง แบบโค้งปกติ ($p < .001$)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-84 ปี อายุเฉลี่ย 69.81 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.7 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.4 มีโรคประจำตัว 2 โรคคิดเป็นร้อยละ 33.3 เคยได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายแผนกผู้ป่วยในเมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 25.9 มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) อยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 96.3 สาเหตุการส่งเสริมของการเข้ารับการรักษารั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่น ควัน คิดเป็นร้อยละ 29.6 สาเหตุรองลงมาก็คือจากการขาดยาร้อยละ 25.9 และสภาพอากาศร้อยละ 25.9 ผู้ป่วยร้อยละ 77.8 มีผู้ดูแลโดยมีประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต (97.4%) ระยะเวลาเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ 25.5 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย 20.2 มวน/วัน ส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.5 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 16.2 ปี (ตารางที่ 1) ซึ่งใกล้เคียงกับสาเหตุส่งเสริมของการเข้ารับการรักษาใน 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งพบว่ามีสาเหตุหลักจากสิ่งแวดล้อม (ฝุ่น ควัน) คิดเป็นร้อยละ 28 สาเหตุรองลงมาก็คือ จากการขาดยาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น พนยาไม่สม่ำเสมอ พนยาไม่ถูกวิธีและผู้ป่วยบางรายไม่มีแรงสุดคิดเป็นร้อยละ 27 และจากสภาพอากาศคิดเป็นร้อยละ 26 ส่วนสาเหตุจากการสูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 19 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้ว

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 27)

ข้อมูล	Frequency	Percent
อายุ (ปี) min =51 max = 84 mean = 69.81		
50-59	5	18.52
60-69	9	33.33
70-79	7	25.93
80-89	6	22.22
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	18.5
ประถมศึกษา	14	51.9
มัธยมศึกษา	4	14.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	14.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	7	25.9
เกษตรกร	11	40.7
ค้าขาย	5	18.6
รับจ้าง	2	7.4
รับราชการ	2	7.4
สถานภาพสมรส		
โสด	4	14.8
คู่	19	70.4
หม้าย/หย่า/แยก	4	14.8
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว 1 โรค	7	25.9
มีโรคประจำตัว 2 โรค	9	33.3
มีโรคประจำตัว 3 โรค	5	18.6
มีโรคประจำตัว 4 โรค	6	22.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	Frequency	Percent
Last Admission		
1 เดือน	5	18.6
2 เดือน	7	25.9
3 เดือน	4	14.8
4 เดือน	6	22.2
5 เดือน	5	18.5
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	3.7
ปกติ	26	96.3
สาเหตุส่งเสริมการเข้ารับการรักษาครั้งนี้		
ขาดยา (พ่นยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ถูกต้อง)	7	25.9
บุหรี	5	18.6
สิ่งแวดล้อม ฝุ่น ควัน	8	29.6
สภาพอากาศ	7	25.9
ผู้ดูแล		
มี	21	77.8
ไม่มี	6	22.2

ผลของการใช้ COPD discharge care bundle ต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admissions) พบว่าก่อนการใช้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในน้อยที่สุด 3 ครั้ง มากที่สุด 14 ครั้ง เฉลี่ย 4.44 ครั้ง/คน หลังใช้มีจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) น้อยที่สุดคือ ไม่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) และมากที่สุด 13 ครั้ง เฉลี่ย 2.37 ครั้ง/คน จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) ก่อนการใช้น้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 15 ครั้ง เฉลี่ย 2.3 ครั้ง/คน หลังใช้จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) น้อยที่สุดคือไม่มีการเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) มากที่สุด 4 ครั้ง เฉลี่ย 1.33 ครั้ง/คน และจำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเฉียบพลัน (acute exacerbation) ก่อนการใช้น้อยที่สุด 2 ครั้ง มากที่สุด 7 ครั้ง เฉลี่ย 4.04 ครั้ง/คน หลังใช้จำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) น้อยที่สุดคือไม่มีการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเลย และมากที่สุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.15 ครั้ง/คน ส่วนจำนวนครั้งการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ก่อนการใช้น้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 5 ครั้ง เฉลี่ย 2.63 ครั้ง/คน หลังใช้ น้อยที่สุดคือไม่มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) มากที่สุด 2 ครั้ง เฉลี่ย 1.26 ครั้ง/คน ดังตารางที่ 2 ทั้งที่กลุ่มทดลองมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ และการมีโรคร่วมเป็นกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCD]) เป็นต้น

และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า หลังใช้ COPD discharge care bundle จำนวนครั้งการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission), การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits), การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนครั้งน้อยที่สุดมากที่สุดจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับมารักษาซ้ำ ก่อนและหลัง ใช้ COPD discharge care bundle

ตัวแปร	ก่อน				หลัง				Z	P-value (1-tailed)
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD		
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3	14	4.4	2.44	0	13	2.37	2.08	-3.472	<.001
จำนวนครั้งการเข้ามารับการตรวจซ้ำที่ห้องตรวจ/ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม	1	15	2.3	.87	0	4	1.33	.62	4.147	<.000
จำนวนครั้งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน	2	7	4.04	1.53	0	6	2.15	1.99	-3.675	<.000
จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย	1	5	2.63	1.25	0	2	1.26	.59	-4.516	<.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของดอนเนลสัน และเวดซิช่า (Donaldson, & Wedzicha, 2006) ที่พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนและการศึกษาของ Hopkinson et.al. (2012) พบว่าร้อยละ 12 ของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากภาวะการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) ซึ่งจากการทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งชลาเยื่อนหลัง 3 ปี (1 มกราคม 2560 - 31 ธันวาคม 2562) พบว่าในทุกปีจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงสุด 2 ช่วงเวลา คือช่วงเดือนกุมภาพันธ์ และเดือนพฤศจิกายน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมิธ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2559) ที่พบว่าสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา โดยมักสูงในช่วงไตรมาสที่ 1 และ 4 ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิวิทยาของโรคเพราะในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงหน้าฝนของภาคใต้ มีอากาศเย็นและมีหมอกมาก จึงเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดลมมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ (bronchial hyper responsiveness) ได้มากขึ้น นอกจากนี้พิมลพรรณ เนียมหอม (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย พบว่าปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมและอากาศโดยเฉพาะอากาศร้อนจัดหรือเย็นจัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารั้งนี้ที่พบว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาเกิดจากสิ่งแวดล้อม ฝุ่น คิววัน สภาพอากาศคิดเป็นร้อยละ 55.5 ของปัจจัยเสี่ยงอื่น รองลงมาคือ เกิดจากการขาดยา (25.9%) และการสูบบุหรี่ (18.6%) ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเข้ารับการรักษาซ้ำทั้งหมด (100%) มีโรคร่วมไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCD]) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 74 จะมีโรคร่วมไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมิธ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2559) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำมีแนวโน้มที่จะมีโรคร่วมไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease

[NCD]) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) บ่งชี้ว่าในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ให้มากขึ้นและพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยในโดยทั่วไป จากการศึกษาการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยของ อิงครัตน์ รอดการทุกข์, สุดศิริ หิรัญขุนหะ และเรวดี เพชรศิราสมันท์ (2560) พบว่าเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและจากสภาพแวดล้อม (100%) แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ แนะนำให้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลาที่ต้องสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น ช่างบ้านเผาขยะ สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ หรือจากที่บ้านมีงานบุญทำให้ต้องพบปะกับบุคคลจำนวนมากและสัมผัสกับควันจากการปรุงอาหาร บ้านอยู่ใกล้โรงงานผลิตปูน และไม่ได้เอาที่นอนมาตากแดดเพราะทำไม่ไหว เป็นต้น แนะนำสมาชิกในบ้านไม่สูบบุหรี่ใกล้ๆ ผู้ป่วย และบอกถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและตัวผู้สูบเองเมื่อต้องสัมผัสกับควันบุหรี่ แนะนำให้ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างโดยการนำที่นอนมาตากแดด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการสัมผัสกับควันบุหรี่เป็นเวลา 5 ปี ทำให้เกิดอาการของระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yin, et al., 2007) เกี่ยวข้องโดยตรงกับอาการกำเริบของโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น (สังวาล ชุมภูเทพ, 2550) นอกจากนี้การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นและกังวลที่ต้องหยุดงานแนะนำให้มีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การเบี่ยงเบนความสนใจให้ความมั่นใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อที่จะสามารถป้องกันอาการหายใจลำบากกำเริบได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งได้มีการประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions [2Q]) พบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่มีความเครียด ส่วนการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมัน เช่น กะทิ เป็นต้น บางรายมีอาการเบื่ออาหาร แนวทางการแก้ไขคือแนะนำให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนเมนูอาหารที่เน้นผักและปลา จัดหาอาหารที่กลุ่มตัวอย่างชอบและเน้นการรักษาความสะอาดในช่องปากเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.3 มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการศึกษาของอาทิตย์ สะไร (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการนอนไม่หลับ หากมีปัญหาแก้ไขโดยแนะนำให้พักผ่อนช่วงกลางวันและไม่ทำกิจกรรมหนักๆ ก่อนนอนตอนกลางคืน ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการบริหารยา เช่น ไม่มีแรงในการสูดยาและลิ้มรับประทานยา แนวทางการแก้ไขคือใช้กระบอกสูดยาช่วยและกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลคอยสังเกตการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างสม่ำเสมอ หากกลุ่มตัวอย่างลิ้มรับประทานยาให้คอยสอบถามอยู่เสมอเพื่อช่วยเตือนกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ลิ้มรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าการขาดยาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 29.5 รองจากสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ฝุ่น ควัน และสภาพอากาศซึ่งสูงถึงร้อยละ 55.5 ดังนั้นการจัดการสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีอากาศเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในช่วงหน้าฝน และช่วงที่มีอากาศหนาวขึ้น ในช่วงไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 4 จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้ COPD discharge care bundle ต่อจำนวนครั้งของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission), การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (readmissions) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้ COPD discharge care bundle จำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการรักษาซ้ำ (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute

exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาค้าง (readmissions) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอธิบายได้ว่าการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ COPD discharge care bundle ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของเบอร์ตาลันffy (Bertalanffy, 1998) ร่วมกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) สามารถลดจำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการตรวจรักษาค้าง (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาค้าง (readmissions) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้จริงสามารถวัดผลได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้ามาทดลองมีลักษณะของข้อมูลที่ใกล้เคียงกัน เช่น เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร และการมีโรคร่วมไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นต้น ดังนั้นผลการทดลองที่ได้อาจเป็นเพราะการดูแลอย่างเป็นระบบจากทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินประเด็นที่สำคัญในการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับจากพยาบาลว่ามีขนาดด้านใด เช่น ประเด็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยง หากพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากอะไรก็จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงนั้น เช่น ช่างบ้านเผาขยะก็จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงให้อยู่ห่าง แต่ถ้าเลี่ยงไม่ได้ก็ควรใช้หน้ากากอนามัย หรือผู้ป่วยบางรายจะมีอาการกำเริบช่วงหน้าหนาว อากาศชื้นก็จะแนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าหรือห่มผ้าหนาๆ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นแก่ร่างกาย ในรายที่สูบบุหรี่จะได้รับการอธิบายให้เห็นโทษของบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ พยาบาลจะโทรประสานกับเจ้าหน้าที่คลินิกเลิกบุหรี่โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ เจ้าหน้าที่จากคลินิกเลิกบุหรี่จะมาให้บริการถึงเตียงผู้ป่วย ตั้งแต่การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ แจกลูกอม น้ำยาบ้วนปากหลอดดอกขาวหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ ตลอดจนนัดติดตามผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ส่วนการประเมินภาวะโภชนาการ หากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI]) น้อยกว่า 18 พยาบาลจะโทรประสานนักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะกับโรคและสภาพผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ การประเมินความเครียดผู้ป่วยที่พบว่ามีปัญหาความเครียดจากการประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions [2Q]) จะได้รับการส่งต่อไปประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Questions [9Q]) และพบจิตแพทย์ตามขั้นตอน ส่วนการประเมินความสามารถในการบริหารปอด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการบริหารปอด ได้รับความรู้ในการบริหารปอดจากนักกายภาพบำบัดเป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการพ่นยา หากพบว่ามีปัญหาในการพ่นยา พยาบาลสามารถโทรประสานเภสัชกรโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์เพื่อมาให้ความรู้ในส่วนที่ขาด เช่น ประเมินและสอนเทคนิคการพ่นยาที่ถูกวิธี ตรวจสอบยาที่ได้รับ ยาที่เหลือ การให้อุปกรณ์ช่วยในการพ่นยาในรายที่ไม่มีแรงสูด การทำความสะอาดและการจัดเก็บอุปกรณ์สำหรับพ่นยา นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD รวมถึงการนัดทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD clinic) และการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Continuing of Care link [COC link]) ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มหัวข้อให้เหมาะสมสำหรับการติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการส่งข้อมูลให้แก่ทีมเยี่ยมบ้านผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Continuing of Care link [COC link]) เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญต้องติดตามหลังจำหน่าย ส่วนในผู้ป่วยที่ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยก็จะเน้นย้ำผู้ดูแลให้มีความสามารถและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวอาจมีผลต่อการลดจำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) การเข้ารับการตรวจรักษาค้าง (revisits) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และการกลับเข้ามารักษาค้าง (readmissions) ของกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้เพราะการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้าน (วันเพ็ญ

พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และศรัณยา โฆษิตะมงคล, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของอูระณีรัตน์พิทักษ์ (2546) ซึ่งพบว่าการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบจะสามารถลดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเดิมและเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการอาการของผู้ป่วยได้โดยการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา วางแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้และการประเมินผล แต่กระบวนการวางแผนจำหน่ายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละรายเพราะผู้ป่วยบางรายอยู่ห่างไกลโรงพยาบาล ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีรถ ไม่มีเงินค่ารถรับจ้าง/รถประจำทางเพื่อเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อลดการกลับเข้ามาตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินหรือเข้ามานอนในโรงพยาบาล เช่น สามารถจัดการอาการหายใจลำบาก การบริหารปอดที่ถูกวิธี การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมีทักษะในการใช้ยาพ่น ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การศึกษาของสุภาพร ต้นสุวรรณ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงรายโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายพบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 7.30 เป็นร้อยละ 6.70 และจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเลนเฟอริงค์และคณะ (Lenferink, et al., 2017) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และลดอาการหายใจลำบากได้ (Zwerink, et al., 2014) เพราะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความซับซ้อนและท้าทาย (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012)

ข้อเสนอแนะ

การนำ COPD discharge care bundle ไปใช้ต้องทำความเข้าใจกับทีมสหวิชาชีพในองค์กร เพราะทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความสะดวกในการประสานงาน มีการติดตามประเมินผลการใช้ COPD discharge care bundle อย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) ภายหลังการใช้ COPD discharge care bundle หรือศึกษาผลของการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) รวมทั้งควรมีการประยุกต์ใช้ COPD discharge care bundle เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมลพรรณ เนียมหอม. (2550). *ประสบการณ์การกลับเขมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพาชลบุรี
- วันเพ็ญ พิพิตรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และศรัณยา โฆษิตะมงคล. (2546). แนวคิดและกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. ใน วันเพ็ญ พิพิตรชัย และอุษาวดี อัสตรวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (ฉบับปรับปรุง, หน้า 1-9). กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันโรคทรวงอก, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *Burden of COPD*. สืบค้นจาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
- สมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (2559). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 246-254 .
- สังวาล ชุมภูเทพ. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุภาพร ต้นสุวรรณ. (2551). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อาติละห์ สะไร. (2559). *ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อิงครัตน์ รอดการทุกข์, สุดศิริ หิรัญขุนทด และเรวดี เพชรศิริลักษณ์. (2560). *อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยกระตุ้น และวิธีการจัดการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- Bertalanffy, L. V. (1998). *General System Theory*. Retrieved from <https://www.panarchy.org/vonbertalanffy/systems.1998.html>.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Rev. ed.). NewYork: Academic Press.
- Criner, R. N., & Han, M. K. (2018). *COPD care in the 21st century: A public health priority*. *Respiratory Care*, 63(5), 591-600. doi: 10.4187/respcare.06276. Epub 2018 Apr 24.
- Disler, R.T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). *Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review*. *International journal of nursing studies*, 49(2), 230-242.
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2563) หน้า 67

- Donaldson, G. C., & Wedzicha, J. A. (2006). *COPD exacerbations 1: Epidemiology. Thorax*, 61, 164-168.
- Glaab, T., Vogelmeier, C., Hellmann, A., & Buhl, R. (2012). Guideline-based survey of outpatient COPD management by pulmonary specialists in Germany. *International journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7, 101-108. doi:10.2147/COPD.S27887. Epub Feb 14.
- Hopkinson, N. S., Englebretsen, C., Cooley, N., Kennie, K., Lim, M., Woodcock, T., Lai, D. (2012). Designing and implementing a COPD discharge care bundle. *Thorax*, 67, 90-92.
- Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D., Frith, P. E., Zwering, M., Monninkhof, E. M. ... Effing, T. W. (2017). Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), CD011682. doi: 10.1002/14651858.CD011682.pub2.
- Wangsom, A. (2016). *Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27, 2-12.
- Yin, P., Jiang, C. Q., Cheng, K. K., Lam, T. H., Lam, K. H., Miller, M. R. Adab, P. (2007). Passive smoking exposure and risk of COPD among adult in China: The Guangzhou Biobank Cohort Study. *Lancet*, 370(9589), 751-757. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61378-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61378-6)
- Zwering, M., Bruaaw-Keizer, M., van der Valk, P. D. L. P. M., Zielhuis, G. A., Monninkhof, E. M., van der Palen, J. ... Effing, T. (2014). Self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนที่หนีเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

นิรุธ มะโนมัย, พย.ม.*
ทรงสุตา หมั่นไธสง, ประ.ด.**
วิไลพร พลสูงเนิน, พย.ม.*
สันติ ยุทธยง, พย.ม.*
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, ประ.ด.*

Received : June 12, 2020
Revised : December 23, 2020
Accepted : December 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนที่หนีเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมหนีเรียน จำนวน 98 ราย เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงของเจตคติต่อการเรียนเท่ากับ 0.90 และพฤติกรรมหนีเรียน เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนที่หนีเรียนโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอายุ 14.20 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 68.4 เจตคติต่อการเรียนโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = 1.03$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือนักเรียนคิดว่าการศึกษาช่วยพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น ($M = 4.35, SD = 0.80$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือนักเรียนเชื่อคำกล่าวที่ว่า “ความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอด” ($M = 2.48, SD = 0.96$) พฤติกรรมการเรียนโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.24, SD = 1.13$) พบค่าเฉลี่ยสูงสุดในหัวข้อ การผัดวันประกันพรุ่ง เอาไว้ก่อน วันหลังค่อยทำ ($M = 3.15, SD = 1.08$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือนักเรียนออกนอกบริเวณโรงเรียนก่อนถึงเวลาเลิกเรียน ($M = 1.60, SD = 0.91$) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนด้านลบของนักเรียนที่หนีเรียน ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 พบว่ามีความสัมพันธ์แปรผกผันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = -0.469, p = .01$

คำสำคัญ: พฤติกรรมหนีเรียน เจตคติ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail: bubuu_ni@bcnu.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

The Relationship Between Attitude Towards Learning and Learning Behavior of Junior High School Truancy Students in Mueang District, Udonthani Province

Nirut Manomai, MSN^{*}

Songsuda Murnthaisong, Ph.D^{**}

Wilaiporn Ponsoongnern, MSN^{*}

Santi Yutthayong, MSN^{*}

Chaweewan Sridawruang, Ph.D^{*}

Abstract

This descriptive research aimed to explore the relationship between academic attitudes and learning behavior of junior high school truancy students in Mueang District, Udonthani Province. Data were collected by using questionnaires with a sample of 98 risky students with truancy behaviors. The research tools had been examined the content validity and the reliability. The reliability of the attitude towards learning questionnaire was 0.90 and learning behavior was equal to 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation. Pearson's Product Moment Correlation was used to analyze the relationship between attitude towards learning and learning behavior.

The results showed that the average age of participants was 14.20 years old. Most of them were male (68.4%). The overall attitude towards education was at high level ($M = 3.47$, $SD = 1.03$). The highest mean scores found in the topic of students think that education helped improve their lives ($M = 4.35$, $SD = 0.80$). The lowest mean scores found in the topic of students believed in the idea "what a splendid head, yet no brain" that the idea of "shared knowledge" ($M = 2.48$, $SD = 0.96$). The overall learning behavior was at low level ($M = 2.24$, $SD = 1.13$). The highest mean scores found in the topic of student procrastinated ($M = 3.15$, $SD = 1.08$). The lowest mean scores found in the topic of students leaving the school before school time ($M = 1.60$, $SD = 0.91$), the relationship between attitude towards learning and negative learning behavior found statistically significant inverse correlation $r = -0.469$, $p \text{ value} = .01$

Keywords: truancy behavior, attitude, secondary school students

^{*} Boromarajonani College of Nursing Udonthani; Corresponding E-mail: bubuu_ni@bcnu.ac.th

^{**} Boromarajonani College of Nursing KhonKaen

ความสำคัญและปัญหา

ระบบการศึกษาไทยในปัจจุบันตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มีการจัดระบบการศึกษาขั้นประถมศึกษา 6 ปี (6 ระดับชั้น) ระบบการศึกษาขั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี (3 ระดับชั้น) และระบบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (3 ระดับชั้น) ซึ่งเป็นระบบการศึกษาภาคบังคับอย่างน้อย 12 ปี ภายใต้ระเบียบข้อบังคับของกระทรวงศึกษาธิการและนโยบายประเทศ อย่างไรก็ตามนักเรียนบางคนไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับอันเนื่องมาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก จึงนำไปสู่การไม่ไปโรงเรียน โดดเรียน หนีเรียน เป็นต้น ในปัจจุบันนี้ปัญหาของการประพฤติดกฏระเบียบของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่น การไม่ตั้งใจเรียน การหนีเรียน การเข้าเรียนไม่ตรงเวลา มาเรียนไม่สม่ำเสมอ การส่งงานไม่ทันตามเวลาที่กำหนด การแต่งกายไม่สุภาพ การแสดงออกที่ไม่เหมาะสมในสถานที่ต่างๆ (ปิยธิดา ศรีจันดา, 2556)

จากรายงานผลการปฏิบัติงานของเครือข่ายเสมารักษ์อุดรธานี และเจ้าหน้าที่เทศกิจเทศบาลนครอุดรธานี ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนจังหวัดอุดรธานี ร่วมออกตรวจดูแลความประพฤตินักเรียนและนักศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี บริเวณสวนสาธารณะหนองประจักษ์ พบว่ามีนักเรียนมีพฤติกรรมหนีเรียนจำนวน 10 ราย เป็นหญิงทั้งหมดและเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-16 ปี โดยมีพฤติกรรมหนีเรียนและจับกลุ่มทำกิจกรรมที่สวนสาธารณะหนองประจักษ์ในช่วงบ่ายของเวลาเรียน โดยไม่ได้รับอนุญาต เครือข่ายเสมารักษ์อุดรธานีและเจ้าหน้าที่เทศกิจเทศบาลนครอุดรธานี ได้ดำเนินการอบรมตักเตือน และแจ้งสถานศึกษามา รับตัวกลับสถานศึกษา พฤติกรรมหนีเรียนจัดเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดปัญหาต่อบรรบบการศึกษาและสังคมไทยในปัจจุบัน (เครือข่ายเสมารักษ์อุดรธานี, 2560)

ผลการรายงานสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนปี 2556-2559 พบว่าร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่โดดเรียนหรือไม่เข้าเรียนเป็นประจำ จังหวัดอุดรธานีอยู่ในอันดับ 5 ของประเทศ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดที่มีความพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี มีแหล่งอำนวยความสะดวก ห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ โรงภาพยนตร์ ร้านเกมใหม่ๆ ที่ทันสมัย และสถานบันเทิงอื่นๆ ซึ่งสถานที่เหล่านี้ เป็นแหล่งชุมนุมสำหรับเด็กและเยาวชน ที่มีโรงเรียนอยู่ในเขตอำเภอเมืองนั้นอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กและเยาวชนในจังหวัดอุดรธานี โดดเรียน หนีเรียน ไม่เข้าเรียน เป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ เจตคติต่อการเรียนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเรียน ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการเรียนที่ดี (Ming, Ling, & Jaafar, 2011) ซึ่งเจตคติเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เป็นความรู้สึก ความคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือเกิดจากประสบการณ์ เจตคติต่อการเรียน เป็นสภาพอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อตอบสนองต่อครู โรงเรียนและระบบการศึกษา เจตคติในทางที่ดีต่อการเรียน คือมีความพึงพอใจ สนใจมาเรียนสม่ำเสมอ ยอมรับในความสามารถและวิธีการสอนของครู เห็นคุณค่าของการศึกษา ในทางกลับกันเจตคติในทางที่ไม่ดีต่อการเรียน นักเรียนมักแสดงออกในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบครู ไม่ตั้งใจเรียน ขาดเรียนบ่อยๆ ไม่เห็นคุณค่าของการศึกษา เจตคติต่อการเรียนจึงเป็นปัจจัยที่ควรศึกษากับกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และการหนีเรียนของเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มกระทำผิดอย่างอื่นร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงอายุของนักเรียนที่หนีเรียนจะเริ่มต้นในวัยที่น้อยลง โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งพฤติกรรมหนีเรียนของนักเรียนจัดเป็นพฤติกรรมอย่าง

หนึ่งที่ก่อปัญหาให้กับระบบการศึกษาและสังคมมากขึ้น (ซีวัน เขียววิจิตร, 2551) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการส่งเสริมเจตคติต่อการเรียน และลดพฤติกรรมการไม่ใส่ใจการเรียน ส่งผลให้นักเรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ในการเรียนและมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นเยาวชนของชาติที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมหนีเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model) นี้ประยุกต์มาจากแนวคิดของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, & Ceci, 1994 as cited in Yearwood, Pearson, & Newland, 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของมนุษย์ การศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะระดับตัวบุคคล (personal or individual level) คือลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมคือเป็นปัจจัยในส่วนของตัวนักเรียน ประกอบด้วย เจตคติต่อการเรียนและพฤติกรรมการเรียน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียน 3 โรงเรียนในเขตเมืองจังหวัดอุดรธานี ที่มีพฤติกรรมหนีเรียนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อภาคการศึกษา ซึ่งได้จากการคัดกรองเบื้องต้นจากครูแนะแนวของโรงเรียนเท่านั้น

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 3 โรงเรียนในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งได้มาจากการสุ่มซึ่งมีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ทั้งหมด 315 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียน จำนวนทั้งหมด 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เจตคติต่อการเรียน และพฤติกรรมการเรียน โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียน .92 และแบบสอบถามพฤติกรรมหนีเรียน .84 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้เนื้อหาตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 30 คน เป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 15 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค

(Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของเจตคติต่อการเรียนเท่ากับ 0.90 และพฤติกรรมหนีเรียน ได้เท่ากับ 0.84 รายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง สถานภาพพ่อแม่ การอาศัยอยู่ในปัจจุบัน ระดับการศึกษาพ่อแม่ รายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียน เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อเจตคติต่อการเรียน เป็นมาตราประมาณค่า ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 1 - 5 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ เกี่ยวกับ ความสำคัญของการใส่ใจในการเรียน ประโยชน์และคุณค่าของการตั้งใจเรียน การนำความรู้ที่ได้จากโรงเรียนไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการเรียน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาจัดระดับเจตคติต่อการเรียน โดยใช้การอิงเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1997) คือ ระดับมากคือค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 ระดับปานกลางคือ ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ระดับน้อยคือ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมหนีเรียน เป็นแบบสอบถามการแสดงพฤติกรรมทางลบด้านการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตราประมาณค่า ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มากที่สุด หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมนั้นๆ มากกว่า 6 วันในภาคการเรียน มากหมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 5 - 6 วันในภาคการเรียน ปานกลาง หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 3 - 4 วันในภาคการเรียน น้อย หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 1 - 2 วันในภาคการเรียน โดยมีค่าคะแนน 1 - 5 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การแยกตัวจากเพื่อน การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน การไม่เข้าแถวหน้าเสาธง การไม่เข้าเรียน การออกนอกบริเวณโรงเรียนก่อนถึงเวลาเลิกเรียน การไม่ส่งงานตามที่ครูมอบหมาย หรือส่งล่าช้า การปิดบังข้อมูลการหนีเรียน หรือการไม่แจ้งข้อมูลผลการเรียนกับผู้ปกครอง การเมินเฉยต่อคำตักเตือนจากครู/ผู้ปกครอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาจัดระดับการแสดงพฤติกรรมของเด็กหนีเรียน โดยใช้การอิงเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับมากคือค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 ระดับปานกลางคือ ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ระดับน้อยคือ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 และมีข้อคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุที่หนีเรียนและสถานที่อยู่หลังจากที่หนีเรียนและจำนวนครั้งที่หนีเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่ IRB BCNU 044/015/61 รับรอง เมื่อกันยายน 2561 ผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ ขั้นตอน วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลกับทางโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่สามารถสืบค้นหรือระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้ จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดของการวิจัยและขอความยินยอมจากนักเรียนและผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้เมื่อไม่สะดวกใจโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเจตคติต่อการเรียน ข้อมูลพฤติกรรมการเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการ

เรียนกับพฤติกรรมการเรียน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เจตคติต่อการเรียน พฤติกรรมการเรียนและความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียน รายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี จำนวน 98 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.4 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.6 มีอายุเฉลี่ย 14.20 ปี มีผลการเรียน (GPA) ปีการศึกษา 2561 ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในช่วง 2.00 - 2.49 พบร้อยละ 57.1 ($M = 2.24$, $SD = 0.612$) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ในช่วงน้อยกว่า 5,000 - 10,000 บาท/ เดือน พบร้อยละ 35.2 ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 7,733 บาท ($M = 7,733.01$, $SD = 78,711.63$)

2. เจตคติต่อการเรียน

การศึกษา พบว่า เจตคติต่อการเรียนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47$, $SD = 1.03$) โดยนักเรียนมีเจตคติต่อการเรียนในระดับปานกลาง 10 หัวข้อจาก 16 หัวข้อ พบค่าเฉลี่ยในระดับมากพบ 6 หัวข้อ โดยพบค่าเฉลี่ยสูงสุดในหัวข้อนักเรียนคิดว่าการศึกษาคช่วยพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น ($M = 4.35$, $SD = 0.80$) รองลงมาคือนักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ($M = 4.14$, $SD = 0.87$) และหัวข้ออื่นๆ ที่พบค่าเฉลี่ยในระดับมากคือหัวข้อ นักเรียนคิดว่าหากนักเรียนตั้งใจเรียนจะทำให้สอบได้คะแนนสูงขึ้น นักเรียนคิดว่าคนที่เรียนหนังสือมีโอกาสหางานทำได้ง่ายกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ นักเรียนคิดว่าการอ่านหนังสือทำให้รอบรู้เรื่องราวต่างๆ มากขึ้น และนักเรียนคิดว่าคนที่ได้เรียนหนังสือสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่าค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง คือหัวข้อนักเรียนเชื่อคำกล่าวที่ว่าคิด”ความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอด” ($M = 2.48$, $SD = 0.96$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของเจตคติต่อการเรียนจำแนกรายข้อ (n = 98)

เจตคติต่อการเรียน	M	SD	ระดับ
1. นักเรียนคิดว่าการศึกษาคช่วยพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น	4.35	0.80	มาก
2. นักเรียนคิดว่าการอ่านหนังสือทำให้รอบรู้เรื่องราวต่างๆ มากขึ้น	4.06	0.91	มาก
3. นักเรียนคิดว่าการเรียนต่อในระดับสูงเป็นการไม่คุ้มกับเวลาและเงิน	3.11	1.02	ปานกลาง
4. นักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือทำให้เกิดความทุกข์ใจ	3.37	1.17	ปานกลาง
5. นักเรียนคิดว่าหากนักเรียนตั้งใจเรียนจะทำให้สอบได้คะแนนสูงขึ้น	4.13	1.07	มาก
6. นักเรียนคิดว่าคนที่ได้เรียนหนังสือสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.81	1.07	มาก
7. นักเรียนรู้สึกว่าการเรียนหนังสือเป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย	2.97	1.11	ปานกลาง
8. นักเรียนคิดว่าคนที่เรียนหนังสือกับคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือสามารถดำรงชีวิตเหมือนกัน	2.79	1.16	ปานกลาง
9. นักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือทำให้เสียโอกาสในการทำงานหาเงิน	3.41	1.29	ปานกลาง
10. นักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	4.14	0.87	มาก
11. นักเรียนคิดว่าการไปเที่ยว ดูหนังในโรงภาพยนตร์น่าสนใจกว่าการไปโรงเรียนเพื่อเรียนหนังสือ	3.12	1.07	ปานกลาง
12. นักเรียนคิดว่าคนที่เรียนหนังสือมีโอกาสหางานทำได้ง่ายกว่าคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	4.08	0.99	มาก
13. นักเรียนคิดว่าสิ่งที่สอนในโรงเรียนไม่ได้ช่วยแก้ไข้ปัญหาในชีวิตประจำวัน	2.92	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

เจตคติต่อการเรียน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
14. นักเรียนเชื่อคำกล่าวที่ว่า “ความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอด”	2.48	0.96	ปานกลาง
15. นักเรียนคิดว่าสภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการเรียน	3.45	0.92	ปานกลาง
16. นักเรียนคิดว่าการเรียนปัจจุบันเหมาะสมกับนักเรียน	3.56	1.08	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.47	1.03	ปานกลาง

3. พฤติกรรมหนีเรียน

จากการศึกษาตัวแปรพฤติกรรมหนีเรียน ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงลบของกลุ่มตัวอย่าง คือเด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียน จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การไม่สนใจการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่เข้าเรียน ไม่ส่งงาน การโดดเรียน การปิดบังข้อมูลด้านการเรียน ไม่สนใจการว่ากล่าวตักเตือน ผลการวิจัยโดยภาพรวมพบว่า มีการแสดงออกพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.24$, $SD = 1.13$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ นักเรียนผัดวันประกันพรุ่ง เช่น “เอาไว้ก่อนวันหลังค่อยทำ” ($M = 3.15$, $SD = 1.08$) รองลงมา คือนักเรียนไม่ส่งงานตามที่ครูมอบหมาย ($M = 2.83$, $SD = 0.95$) โดยพบค่าเฉลี่ยการแสดงพฤติกรรมระดับปานกลางจำนวน 8 หัวข้อ และพบระดับน้อยจำนวน 12 หัวข้อ โดยพบค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับน้อย คือ นักเรียนออกนอกบริเวณโรงเรียนก่อนถึงเวลาเลิกเรียน ($M = 1.60$, $SD = 0.91$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมหนีเรียนจำแนกรายข้อ (n =98)

พฤติกรรมกรเรียนของเด็กหนีเรียน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. นักเรียนมีพฤติกรรมไม่สวมรองเท้านักเรียนปล่อยเสื้อลอยชาย และไม่ชอบคาดเข็มขัดเป็นประจำ	1.72	1.02	น้อย
2. นักเรียนไม่เข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธง ในตอนเช้าเป็นประจำ	1.71	1.06	น้อย
3. นักเรียนไม่ส่งงานตามที่ครูมอบหมาย	2.83	0.95	ปานกลาง
4. นักเรียนไม่ชอบเรียนหนังสือ	2.61	1.09	ปานกลาง
5. นักเรียนผัดวันประกันพรุ่ง เช่น “เอาไว้ก่อนวันหลังค่อยทำ”	3.15	1.08	ปานกลาง
6. นักเรียนชอบทำงานคนเดียวมากกว่า	2.58	1.19	ปานกลาง
7. นักเรียนหลับไปอยู่เพียงลำพัง	1.77	1.15	น้อย
8. นักเรียนทำงานคนเดียวแล้วรู้สึกสบายใจมากกว่าทำงานกลุ่ม	2.25	1.14	น้อย
9. เมื่อถึงชั่วโมงเรียนที่นักเรียนไม่ชอบ นักเรียนจะไม่เข้าเรียนในชั่วโมงนั้น	2.21	1.18	น้อย
10. นักเรียนรู้สึกว่าเพื่อนไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นนักเรียน	2.56	1.08	ปานกลาง
11. นักเรียนรู้สึกเบื่อเมื่อต้องทำงานกลุ่มกับเพื่อนและไม่อยากทำ	2.16	1.05	น้อย
12. เมื่อนักเรียนเห็นเพื่อนเล่นข้างนอกห้องเรียน นักเรียนจะออกจากห้องเรียนไปเล่นกับเพื่อนแม่ในเวลาเรียน	2.24	1.23	น้อย
13. นักเรียนจะโกหกเพื่อนว่าทำการบ้านเสร็จแล้ว ทั้งที่ยังทำไม่เสร็จ	2.19	1.24	น้อย
14. นักเรียนรู้สึกว่าบริเวณห้องน้ำ โรงอาหาร หรือหลังโรงเรียน เป็นที่นักเรียนชอบมากกว่าห้องเรียน	2.35	1.31	ปานกลาง
15. นักเรียนไม่อยากแจ้งผลการเรียนให้ผู้ปกครองทราบ	2.50	1.40	ปานกลาง
16. นักเรียนปิดบังเรื่องการหนีเรียนให้ผู้ปกครอง	2.57	1.49	ปานกลาง
17. นักเรียนเมินเฉยต่อคำตักเตือนจากครูผู้ปกครอง	2.14	1.16	น้อย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กนักเรียน	M	SD	ระดับ
18. นักเรียนออกนอกบริเวณโรงเรียนก่อนถึงเวลาเลิกเรียน	1.60	0.91	น้อย
19. แม่ครูประจำชั้นบอกให้เข้าห้องเรียนนักเรียนจะไม่รับฟังและเดินหนีไป	1.66	0.87	น้อย
20. นักเรียนเดินเตร็ดเตร่ไปมาภายในโรงเรียน	2.07	1.07	น้อย
รวมเฉลี่ย	2.24	1.13	น้อย

นักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากนักเรียนไม่ชอบเรียนวิชานั้นๆ พบร้อยละ 42.85 รองลงมาคือรู้สึกเบื่อ ร้อยละ 33.67 และเพื่อนชวนหนีเรียน ร้อยละ 12.24 ส่วนสถานที่ที่นักเรียนมักอยู่ขณะหนีเรียนพบว่า ส่วนใหญ่นักเรียนหลบหนีอยู่ภายในโรงเรียนพบร้อยละ 54.08 รองลงมาเป็นห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 18.36 และหอพักเพื่อน ร้อยละ 15.30 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าจำนวนครั้งในการหนีเรียน ส่วนใหญ่เป็นเทอมละ 1 ครั้ง พบร้อยละ 39.80 หนีเรียนเทอมละ 2 ครั้ง พบร้อยละ 26.53 และหนีเรียนมากกว่า 3 ครั้งต่อเทอม พบร้อยละ 22.45 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุที่หนีเรียนและสถานที่อยู่หลังจากที่หนีเรียน (n = 98)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่หนีเรียน		
นักเรียนไม่ชอบเรียนวิชานั้นๆ	42	42.85
รู้สึกเบื่อเรียน	33	33.67
เพื่อนชวนหนีเรียน	12	12.24
รู้สึกไม่ชอบครูผู้สอน	11	11.22
สถานที่อยู่หลังจากที่หนีเรียน		
นักเรียนหลบหนีอยู่ภายในโรงเรียน	53	54.08
ห้างสรรพสินค้า	18	18.36
กลับไปอยู่บ้านเพื่อน	15	15.30
สวนสาธารณะ	12	12.24

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งของการหนีเรียน (n = 98)

จำนวนครั้งของการหนีเรียน	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง/เทอม	39	39.80
2 ครั้ง/เทอม	26	26.53
3 ครั้ง/เทอม	11	11.22
มากกว่า 3 ครั้ง/เทอม	22	22.45

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนรู้

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการเรียนรู้ซึ่งเป็นพฤติกรรมแสดงออกทางลบ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม $r = -0.469$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเรียนกับพฤติกรรมการหนีเรียน

พฤติกรรมหนีเรียน	เจตคติต่อการเรียน	รวม
น้อย	-.346**	
ปานกลาง	-.460**	-.469**
มาก	-.389**	

** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการเรียนและพฤติกรรมการเรียน จากผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการเรียนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีเจตคติในระดับมากที่พบค่าเฉลี่ยสูงสุดในประเด็น นักเรียนคิดว่าการศึกษาคือการพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น รองลงมาคือ นักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และนักเรียนคิดว่าหากนักเรียนตั้งใจเรียนจะทำให้สอบได้คะแนนสูงขึ้น ซึ่งเป็นเจตคติที่ดี ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วรรณ สุขใจรุ่งวัฒนา และธีรศักดิ์ อุ่นอารมณ์เลิศ (2553) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่าเจตคติต่อการเรียนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้นักเรียนแสดงออกทางพฤติกรรมการเรียนที่ดี การตระหนักรู้ด้านการเรียนหรือเจตคติต่อการเรียน พบว่ากลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมการเรียนที่ดีนักเรียนจะมีความตระหนักรู้ มีเจตคติต่อพฤติกรรมการเรียนที่ดีจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเพื่อความสำเร็จในอนาคต และคิดว่าการศึกษามีความสำคัญในชีวิต ส่วนกลุ่มนักเรียนที่มีพฤติกรรมการเรียนที่ไม่ดีนักเรียนจะมีความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการเรียนที่ด้น้อย เพราะคิดว่าการเรียนยาก ไม่ตั้งใจเรียน ไม่อยากเรียนต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวภัทร แก้วกล้า (2554) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนวัดเมธังกราวาส (เทศร์ฐราษฎร์นุกุล) จังหวัดแพร่ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดต่อปัญหาการเรียนของนักเรียนคือนิสัยทางการเรียนเจตคติต่อการเรียนของนักเรียน นักเรียนที่มีนิสัยทางการเรียนที่ดี ทำให้มีปัญหาในการเรียนน้อยเพราะนักเรียนจะมีความตั้งใจและเอาใจใส่ต่อการเรียน วางแผนการจัดระบบการเรียนของตนเอง รู้จักแบ่งเวลา รู้จักการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนอยู่เสมอ สามารถปรับเปลี่ยนและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของพิรุณโพรย สำโรงทอง (2554) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและเจตคติต่อการเรียนวิชาภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับการจัดการเรียนรู้ตามคู่มือครู ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีเจตคติต่อการเรียนที่ดีจะส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจในการเรียน ดังการศึกษาของ Ming et al. (2011) ศึกษาเจตคติต่อการเรียนและแรงจูงใจในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนมัธยมศึกษา ประเทศมาเลเซีย ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีเจตคติเชิงบวกต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ นักเรียนเห็นความสำคัญของการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ และให้ความใส่ใจ มีความสนใจต่อการเรียน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Sengkey, & Galag (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและแรงจูงใจต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน ที่อินโดนีเซีย พบว่านักเรียนมีเจตคติต่อการเรียนระดับปานกลาง และมีแรงจูงใจในการเรียนในระดับมาก พบว่าเจตคติต่อการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเรียน สาเหตุที่นักเรียนมีเจตคติต่อการเรียนในระดับปานกลางน่าจะมาจากการที่นักเรียนไม่เห็นความสำคัญของการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ

เจตคติต่อการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหนีเรียนในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่านักเรียนมีเจตคติต่อการเรียนไม่ดี กลุ่มตัวอย่างแสดงออกพฤติกรรมไม่สนใจเรียนอยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อจาก 20 ข้อ เช่น นักเรียนรู้สึกว่าการเรียนหนังสือเป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย นักเรียนคิดว่าการเรียนหนังสือทำให้เกิดความทุกข์ใจ นักเรียนคิดว่าการไปเที่ยวดูหนังในโรงภาพยนตร์น่าสนใจกว่าการไปโรงเรียนเพื่อเรียนหนังสือ สอดคล้องกับผลสำรวจความคิดเห็นของเยาวชน กรณีศึกษาตัวอย่างทั้งในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษาอายุระหว่าง 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบประเด็นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการหนีเรียนของเยาวชนคือ นิสัยและเจตคติต่อการเรียนของเด็กไม่ชัดเจน เด็กไม่ทราบว่าตัวเองชอบอะไร ต้องการประกอบอาชีพอะไรในอนาคตค่อนข้างเลื่อนลอย ขาดเป้าหมายและความมุ่งมั่นของการเรียนรู้เพื่ออะไร เด็กก็สักแต่เรียนไปวันๆ ไม่มีชีวิตชีวาเบื่อหน่ายในการเรียน (เอแบ็คโพลล์ อ้างถึงใน เชิดศักดิ์ ใจยาบุตร, 2558) จากผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากนักเรียนไม่ชอบเรียนวิชานั้นๆ รู้สึกเบื่อ และเพื่อนชวนหนีเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชีวัน เขียววิจิตร (2551) พบว่าปัจจัยด้านตัวผู้เรียนที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมหนีเรียน เด็กไม่ชอบเรียนในบางวิชา เพราะเกิดจากความไม่เข้าใจในบทเรียนทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง ซึ่งเป็นผลทำให้เด็กมีปมด้อยในเรื่องการเรียนและคิดว่าตนเองเรียนไม่เก่งเท่าเพื่อน อีกทั้งโดนครูว่ากล่าวและคอยตอกย้ำถึงเรื่องการเรียนที่เป็นปมด้อยของเด็ก สิ่งเหล่านี้เป็นชนวนทำให้เด็กเกิดความท้อแท้ จึงทำให้ไม่อยากเข้าเรียนและการสอนของครูบางท่านเป็นสิ่งที่น่าเบื่อสำหรับเด็ก เด็กมีความสนใจในกิจกรรมทางสังคมที่เป็นกลุ่มใหญ่ ในหมู่เพื่อนสนิทซึ่งขึ้นอยู่กับความพอใจที่จะเลือกเพื่อให้กลุ่มยอมรับ เมื่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่มหนีเรียนจึงแสดงพฤติกรรมหนีเรียนเช่นกันเพื่อให้เป็นที่ยอมรับจากเพื่อนๆ ในกลุ่ม จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมหนีเรียนส่วนใหญ่พบ 1 ครั้งต่อเทอม รองลงมาคือ 2 ครั้งต่อเทอม และมากกว่า 3 ครั้งต่อเทอม ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการเรียนเด็กส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมในระดับปานกลางที่พบค่าเฉลี่ยสูงสุดในหัวข้อนักเรียนผัดวันประกันพรุ่ง เช่น “เอาไว้ก่อนวันหลังค่อยทำ” รองลงมาตามลำดับคือ นักเรียนไม่ส่งงานตามที่ครูมอบหมาย นักเรียนไม่ชอบเรียนหนังสือ และในส่วนการสนับสนุนของครอบครัวนั้นพบว่า นักเรียนมักไม่แจ้งผลการเรียนให้ผู้ปกครองทราบ นักเรียนปิดบังเรื่องการหนีเรียนให้ผู้ปกครอง ซึ่งนักเรียนราวร้อยละ 50 มีบิดามารดาจบการศึกษาระดับชั้นประถมถึงมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารการศึกษา อาจารย์ นักเรียนและผู้ปกครองในการวางแผนพัฒนาหรือหาแนวทางส่งเสริมเจตคติต่อการเรียน การปรับทัศนคติและความเห็นต่อการเรียนโดยอาศัยผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมกัน ส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนที่ดีแก่นักเรียนให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาบุคลากรของประเทศชาติให้มีคุณภาพ ครู ผู้ปกครอง และพยาบาลอนามัยโรงเรียน ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการปรับพฤติกรรมนักเรียน ด้านเจตคติต่อการเรียน ควรมีการวางแผนร่วมกันเพื่อป้องกันพฤติกรรมหนีเรียน โดยการให้ความรู้ให้เกิดความร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง พยาบาลอนามัยโรงเรียน และนักเรียน เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมหนีเรียน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการหนีเรียนของนักเรียนนอกเหนือจากการศึกษาปัจจัยที่มาจากตัวนักเรียนเอง เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านโรงเรียน ครูและสภาพแวดล้อมอื่นๆ

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านพฤติกรรมหนีเรียนของนักเรียนเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ในการสะท้อนพฤติกรรมหนีเรียนของนักเรียน ตามบริบทที่เกิดขึ้น เพื่อนำสู่การแก้ปัญหาอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *ผลการรายงานสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนปี 2549-2550*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์).
- เครือข่ายสมาพันธ์ กระทรวงศึกษาธิการ อุดรธานี. (2560). *รายงานผลการปฏิบัติการเครือข่ายสมาพันธ์อุดรธานี และเจ้าหน้าที่เทคนิคเทศบาลนครอุดรธานี*. อุดรธานี : ศูนย์สมาพันธ์อุดรธานี.
- ชีวัน เขียววิจิตร. (2551). *การศึกษารายการหนี นักเรียนที่มีพฤติกรรมหนีเรียน*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เชิดศักดิ์ ไชยาบุตร. (2558). *วิจัยในชั้นเรียนเรื่องปัญหานักศึกษานี้เรียน*. ลำปาง : วิทยาลัยการเทคนิคลำปาง. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- ทิพย์วรรณ สุขใจรุ่งวัฒนา และธีรศักดิ์ อุ่ณารมณเลิศ. (2553). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จังหวัดนครปฐม. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 1(2), 126-139.
- ปิยธิดา ศรีจันดา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประพฤติผิดกฎระเบียบของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงเรียนในเขตจอมทอง จังหวัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยบริการ*. 24(4), 1-10.
- พิรุณโปรย สำโรงทอง. (2554). *การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและเจตคติต่อการเรียนภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับการจัดการเรียนรู้ตามคู่มือครู*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุวภัทร แก้วกล้า. (2554). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 โรงเรียนวัดเมธังกราวาส (เทศรัฐราษฎร์นุกูล) จังหวัดแพร่*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Best, J. W. (1997). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Ming, T., Ling, T., & Jaafar, N. (2011). Attitude and motivation of Malaysian secondary students toward learning English as a second language: A case study. *The Southeast Asian Journal of English Language Studies*, 17(1), 40-45.
- Sengkey, V. G., & Galag, E. H. (2018). Student attitudes and motivation in learning English. *Catalyst*, 17, 115-122.
- Yearwood, E. L., Pearson, G. S., & Newland, J. A. (2012). *Child and Adolescent Behavioral Health: A Resource for Advanced Practice Psychiatric and Primary Care Practitioners in Nursing*. West Sussex, UK : Wiley-Blackwell.

**วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพพระดับปฐมภูมิ :
ในยุคการปรับเปลี่ยน**

อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, กศ.ด.*

ชุตินา มาลัย, กศ.ด.**

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, พร.ด.***

สุทธนันท์ กัลละ, พย.ม.****

Received : January 28, 2020

Revised : June 22, 2020

Accepted : August 20, 2020

บทคัดย่อ

จากการที่สถาบันพระบรมราชชนกมีพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้มีสถานะเป็นอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้วิทยาลัยพยาบาลที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ ส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชนนั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งด้านผลิตและพัฒนาบุคลากรจากสภาพการณ์ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกสามารถผลิตหลักสูตรต่างๆ ทั้งทางด้านวิชาการ วิชาชีพ และการบริหาร เป็นจำนวนหลายหลักสูตรในแต่ละปี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เฉพาะทางด้านบริการปฐมภูมิโดยตรง บทบาทของวิทยาลัยพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพพระดับปฐมภูมิ ควรมีร่วมผลิตหลักสูตรพยาบาลให้กับหน่วยงานอื่น และด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพพระดับปฐมภูมิควรมีการเปิดหลักสูตรเฉพาะทาง หลักสูตรระยะสั้นหรือประกาศนียบัตรที่สอดคล้องกับนโยบาย

คำสำคัญ: วิทยาลัยพยาบาล บุคลากรสุขภาพพระดับปฐมภูมิ ยุคการปรับเปลี่ยน

* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail : atiya_s@hotmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

*** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

Nursing College among Production and Development of Primary Health Personnel: in the Transition Era

Atiya Sarakshetrin, Ed.D.*

Chutima Malai, Ed.D.**

Panisara Songwatthanayuth, Ph.D.***

Suthanan Kunlaka, MNS.****

Abstracts

The Act of Praboromarajchanok Institute promulgated on government gazette in April 2019. Since then, the production of nurses and capacity building are affected. Before that, nursing colleges under the Praboromarajchanok Institute were responsible for producing graduates by promoting educational opportunities and equality as needed by the community. Moreover, the management of short courses training providing for health care personnel should be followed by the Ministry of Public Health's guidelines. There is a variety of short course training programs each year. However, there are few numbers of short course training that focus on primary health care. Thus, under this Act, capacity building for health care personnel focusing on the primary health care system could collaborate with other agencies. These training programs can be in the short course training program or certificate program. In design, the program, the health policies and health needs should be taken into the consideration.

Keywords: Nursing College, primary health personnel, transitional era

* Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province, Thailand. Corresponding E-mail : atiya_s@hotmail.com

** College of Nursing Chai nat, Thailand.

*** Prachomklao College of Nursing Phetchaburi province, Thailand.

**** Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Thailand.

บทนำ

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน มากกว่า 70 ปี มีหน่วยงานในสังกัดจำนวน 39 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง และวิทยาลัยการสาธารณสุขและแขนงอื่น ๆ อีก 9 แห่ง สำหรับวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 30 แห่ง เป็นสถาบันอุดมศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานทางการศึกษาและทางวิชาการ ส่งผลให้มีการผลิตบุคลากรทางการพยาบาล 2 หลักสูตร คือ พยาบาลศาสตรบัณฑิต 4,000 คน/ปี ผู้ช่วยพยาบาล 1,800 คน/ปี สาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ 8 หลักสูตรปริญญาตรี 970 คน/ปี ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 730 คน/ปี การพัฒนาบุคลากร คือ หลักสูตรการบริหารและหลักสูตรพัฒนาด้านบริการสุขภาพ จำนวน 54 หลักสูตร 52,000 คน/ปี ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนกมีจำนวนบุคลากรและคณาจารย์ระดับปริญญาโท 1,075 คน และปริญญาเอก 233 คน กระจายอยู่ในวิทยาลัยทั้ง 39 แห่ง ซึ่งเป็นบุคลากรทรงคุณวุฒิที่มีคุณค่าและศักยภาพสูง เดิมการดำเนินการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของสถาบันพระบรมราชชนก ต้องดำเนินการในรูปแบบหลักสูตรสมทบร่วมกับมหาวิทยาลัยอื่น ๆ เพื่อรับรองปริญญาและประสาทปริญญาบัตร ทำให้ขาดความคล่องตัวในการดำเนินการและบริหารจัดการ สถาบันพระบรมราชชนกจึงได้ดำเนินกลยุทธ์การสร้างและพัฒนาหลักสูตรที่รองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2560) ซึ่งช่วยแก้ปัญหาได้ในระดับหนึ่ง ยังคงมีข้อจำกัดของการวางแผนพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังขาดกลไกการบริหารจัดการในบางอย่าง ส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาและการบริหารกิจการด้านต่าง ๆ นอกจากนั้นในปัจจุบันหลักสูตรที่สถาบันพระบรมราชชนกได้ดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายปฐมนิเทศมีจำนวนน้อย ไม่ครอบคลุมกับความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขและประเทศ

จากการที่บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญมากในระบบสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รัฐบาลไทยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นรูปธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน (บุญเรือง ขาวนวล, นงลักษณ์ พะไยยะประยุร, พงศสิทธิ์กุล สติกรรม, พงศ์พานิชวิทยา อยู่สุข และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2561) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน และรองรับความต้องการสุขภาพที่หลากหลาย บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องมีความหลากหลายและสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละสาขาวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพและในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ทำหน้าที่สนับสนุนการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการ

บริการที่มีประสิทธิภาพในต้นทุนที่เหมาะสม (นงลักษณ์ พะโกยะ, บุญเรือง ขาวนวล, พุดตาน พันธุณเธร, อดุลย์ บำรุง, และธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, 2561)

ระบบการผลิตบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในหลายสถาบันเป็นการผลิตตามหลักสูตรที่ไม่ได้เน้นให้ผู้จบการศึกษาไปปฏิบัติงานได้ในระบบสุขภาพจริงได้ในทันที รูปแบบการศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการเรียนการสอนในห้องเรียน เน้นการท่องจำ โดยอาจไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและพื้นที่ที่จะไปปฏิบัติงาน ในหลายสถาบันไม่ได้มีการฝึกทักษะที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพทั้งในเรื่องของการสื่อสาร การเป็นผู้นำองค์กร สังคมและชุมชน การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของวิชาชีพและบุคลากรในสาขาต่างๆ และขาดความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะการขาดความเข้าใจและการให้ความสำคัญต่อบทบาทของประชาชนในระบบสุขภาพไทยในอนาคต (ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย และ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, 2556) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ที่ดำเนินงานในทีมสหวิชาชีพ โดยมีรัฐธรรมนูญรองรับ การมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่ 29 กรกฎาคม 2562 จนปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562) ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่มีความต้องการและไม่ต้องการคลินิกหมอครอบครัวรับรู้ความสำคัญของการบริการคลินิกหมอครอบครัวแตกต่างกัน (สฤณีเดช เจริญไชย, จารุณี จันทรเพชร, สุตตะนิง ฤทธิธำชัย และโกเมนทร์ ทิวทอง, 2562) และจากการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2561) พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นกำลังคนหลักที่ปฏิบัติงานตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานไม่ตรงกับงานที่ได้รับผิดชอบ ไม่ตรงตามโครงสร้างซึ่งจะมีผลต่อความก้าวหน้า และข้อจำกัดของการบริหารจัดการตำแหน่งที่ไม่สามารถทำให้มีบุคลากรมาปฏิบัติงานจริงและธำรงรักษาไว้ได้ ก่อให้ขาดขวัญกำลังใจ และระบบการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขยังไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงยังคงมุ่งเน้นด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานทำให้เป็นการเรียนรู้แบบแยกส่วน บัณฑิตที่จบมาจึงมีความรู้ (วนิดา ชื่นกองแก้ว, 2559) ส่งผลให้สถาบันพระบรมราชชนกที่ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ของประเทศ ยังผลิตบุคลากรยังขาดความเชื่อมโยงและนำไปสู่การดำเนินการในระดับปฐมภูมิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลง

ตามที่ราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้สถาบันพระบรมราชชนก มีสถานะเป็นอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแล้วนั้น บทบาทของวิทยาลัยตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำความเข้าใจเพื่อให้ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการของสถาบันพระบรมราชชนก และช่วยเสริมการขับเคลื่อนงานในระดับปฐมภูมิ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพประเทศไทยโดยการพัฒนากระบวนการจัดการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ โดยการสร้างและพัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน การอบรมที่ตอบสนอง ความต้องการระบบ

สุขภาพของประเทศ ดังนั้นการออกพระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก ก่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และวิทยาลัยสามารถผลิตและพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ได้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพปฐมนุญที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพมีศักยภาพสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศ

ดังนั้นเพื่อให้วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกสามารถพัฒนาระบบบริหารและการจัดการศึกษาเฉพาะทางที่มีความคล่องตัว มีเสรีภาพทางวิชาการ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาสถาบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มีการกำหนดสถานภาพของสถาบันพระบรมราชชนก ให้เป็นสถานศึกษาเฉพาะทางที่จัดการศึกษาระดับปริญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษาส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพชั้นสูง สอน วิจัย ฝึกอบรม และให้บริการวิชาการแก่สังคม โดยการพัฒนาระบบการผลิต จัดการอบรมบุคลากรด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ สร้างและพัฒนาหลักสูตร การอบรมที่ตอบสนองความต้องการระบบสุขภาพของประเทศทำให้สถาบันพระบรมราชชนกกำลังดำเนินการออกพระราชบัญญัติเป็น “สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง” ซึ่งเมื่อมีกฎหมายรองรับแล้ว สถาบันพระบรมราชชนกจะสามารถจัดหลักสูตรและดำเนินการเรียนการสอนเองได้ รวมทั้งสาขาอื่นที่ขาดแคลน เป็นการตอบสนองการผลิตบุคลากร 19 สาขาวิชาชีพ ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) ส่งผลให้เกิดความคล่องตัว บริหารพร้อมยกระดับงานวิชาการ ตอบสนองการผลิตกำลังคนในระบบสุขภาพ รองรับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ทำให้มีการยกระดับด้านวิชาการที่ประชาชนจะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมนุญ

จากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในหมวดที่ 3 ระบุว่ามาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และหมวดที่ 5 ระบุว่ามาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, 2560)

การบริการสุขภาพระดับปฐมนุญเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านแรกสำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในลักษณะผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวมในการดูแลสุขภาพ แก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพระดับปฐมนุญ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมนุญเป็น

หน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ (พงษ์ศักดิ์ นาดี, แพทย์วิภา สุวรรณพรหม และรัตนกร ธารณ์ อาริพันธ์, 2562)

1. บริการปฐมภูมิมิมีลักษณะเป็นบริการเชิงรุกที่เน้นการแก้ไขที่รากฐานของปัญหาโดยการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดโรคมามากกว่าการแก้ไขเมื่อเกิดโรคหรือมีปัญหาสุขภาพใหญ่โต
2. บริการปฐมภูมิเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (accessibility of care) ของคนในสังคมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม
3. บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลอย่างองค์รวม (holistic care) ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) และมองคนในฐานะมนุษย์ที่มีมิติทั้งทางร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลจึงให้ความสำคัญกับความทุกข์ของคนทั้งคนที่ไม่ใช่การมองคนเป็นอวัยวะหรือกลไกที่เมื่อเจ็บป่วยก็เพียงแค่ซ่อมหรือรักษาให้หายเท่านั้น
4. บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ตลอดชีวิตที่ครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพคนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตและการเชื่อมประสานหน่วยบริการระดับต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง
5. บริการปฐมภูมิเป็นการดูแลอย่างผสมผสาน (comprehensive) โดยการบูรณาการ (integrated care) องค์ความรู้ที่หลากหลายทั้งทางด้านการแพทย์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์เข้าด้วยกันในการดูแลสุขภาพ
6. บริการปฐมภูมิเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) และการประสานงาน (coordination) ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพ

การจัดรูปแบบบริการปฐมภูมิ คือการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีจำเป็นต้องอาศัยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด อาศัยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบดูแลการเจ็บป่วย (illness) ร่วมด้วย ไม่ใช่ดูแลโรค (disease) อย่างเดียว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (doctor-patient relationship) การดูแลด้วยบุคลากรที่มีทักษะทางวิชาชีพที่แม่นยำ (skillful physician) การคำนึงถึงสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ดูแล (community-based practice) ให้การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน (resource person to a defined population) เป็นต้น ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผานทั้ง 5 บทบาทการดูแลสุขภาพภาพประชาชน ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำหรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้ (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559)

จากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับการให้บริการปฐมภูมินี้จะแปรเปลี่ยนตามสถานการณ์ในอนาคต วิธีการคาดการณ์กำลังคนนี้สามารถเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคน เช่น การเพิ่มผลิตภาพกำลังคนหรือลดงานอื่นๆ ลง นอกจากนั้นควรจะต้องจัดระบบฐานข้อมูลประกอบการคาดการณ์ที่ทันสมัยและแม่นยำ ตลอดทั้งการคาดการณ์กำลังคนควรจะต้องผสมผสานระหว่างวิชาชีพในแต่ละระดับบริการเพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนในการทำงาน และเสริมสร้างการทำงานเป็นทีม จากการศึกษาพบว่าในปี 2569 มีความต้องการกำลังคนเพิ่มขึ้นมาก ได้แก่ แพทย์จำนวน 23,523 - 28,751 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 32,523 - 39,753 คน เภสัชกรจำนวน 6,695 - 8,182 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 18,568 - 22,694 คน และนักเทคนิคการแพทย์จำนวน 811 - 991 คน (นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ, 2561)

ผลที่อาจเกิดจากพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการที่สถาบันมีพระบรมราชชนกมีพระราชบัญญัติพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 นั้น ผลที่เกิดสถาบันจะพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและทักษะวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกต่อสังคม และมีอำนาจให้ปริญญา อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรชั้นหนึ่งชั้นใดร่วมกับสถานศึกษาชั้นสูงหรือสถาบันอื่นนั้นแก่ผู้สำเร็จการศึกษาได้ (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในระดับปฐมภูมิต่อประเทศชาติและประชาชนกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

1. ประเทศชาติและประชาชน

- 1) การเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการให้บริการสุขภาพและยกระดับศักยภาพของบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อแข่งขันกับนานาชาติ
- 2) ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีคุณภาพประสิทธิภาพและมีมาตรฐานจากการที่มีบุคลากรด้านการพยาบาลการสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ในจำนวนที่เพียงพอและมีคุณภาพ
- 3) ประชาชนได้รับโอกาสทางการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนให้มีความเสมอภาค

2. กระทรวงสาธารณสุข

- 1) มีสถาบันการศึกษาเฉพาะทางในการจัดการศึกษาทั้งระดับปริญญาและต่ำกว่าปัญญาด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน
- 2) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการทำวิจัยส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลการสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์

3. สถาบันพระบรมราชชนก

- 1) มีความคล่องตัวมีเสรีภาพทางวิชาการสามารถจัดหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรที่หลากหลายได้ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายแห่งรัฐ
- 2) สามารถประสาทปริญญาบัตรให้กับผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาของสถาบัน
- 3) สามารถธำรงรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพในการจัดการศึกษาไว้กับองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาในช่วงการเปลี่ยนผ่านองค์กร แนวทางการบริหารงานและแผนงานการบริหารงานบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ

ที่ทำให้ห้องค์กรสามารถธำรงรักษาบุคคลที่มีศักยภาพให้อยู่กับองค์กรด้วยความผูกพันและร่วมฝ่าฟันไปให้ถึงจุดมุ่งหมายร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้บุคลากรมีความเป็นอิสระเชิงวิชาการภายใต้อำนาจหน้าที่ของสภาสถาบัน มีตำแหน่งทางวิชาการ เงินประจำตำแหน่งที่เป็นไปตามความรู้ความสามารถและประสิทธิภาพของผลงาน สิทธิประโยชน์มีแนวโน้มจะได้รับมากขึ้นจากเดิม ผลที่ตามมาคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคลากรส่งผลต่อคุณภาพในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดพระราชบัญญัติในครั้งนี้บทบาทของวิทยาลัยคือการช่วยผลิตบัณฑิตที่เป็นคนดีตอบสนองความต้องการของสังคมประเทศชาติและเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสถาบันการศึกษาอื่นๆ ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงมีหน้าที่ฝึกคนดีให้เก่งด้วยกระบวนการทางปัญญา พัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ใช้ความรู้ในการดูแลประชาชน ชี้ให้เกิดสิ่งดีๆ ในสังคมและประเทศชาติ โดยมีพันธกิจเช่นสถาบันอุดมศึกษาทั่วไปแต่จุดเน้นต่างคือการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพให้มีมาตรฐานและคุณภาพทางวิชาการให้เป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติ ส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชนและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ส่วนโครงสร้างสถาบันนั้นแบ่งออกเป็นสำนักงานอธิการบดีคณะพยาบาลศาสตร์และคณะสหเวชศาสตร์ มีอำนาจบริหารสูงสุดอยู่ที่สภาสถาบันและสภาวิชาการที่ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะทางด้านวิชาการ ตลอดจนสภาคณาจารย์และปฏิบัติงานให้คำปรึกษา/ให้ข้อเสนอแนะในกิจการ/การพัฒนาสถาบัน ในการบริหารสถาบันนั้นใช้หลักธรรมาภิบาลและหลักธรรมาภิบาล ที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในรูปแบบของคณะกรรมการต่างๆ ซึ่งมีตัวแทนจากราชวิทยาลัยร่วมเป็นคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service Plan คณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ เป็นต้น กรอบความร่วมมือในครั้งนี้จะช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีด้านสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนด้วย 4 ยุทธศาสตร์หลักประกอบด้วย 1. ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และประเด็นเน้นหนักในปีงบประมาณ 2561 เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแก้ปัญหาหัวใจ โรค ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2561)

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสถาบันพระบรมราชชนกตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมนิเทศที่กำลังเสนอร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งกลไกการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร่างพระราชบัญญัติพบว่าสถาบันพระบรมราชชนกสถาปนาขึ้นเพื่อสืบสานพระปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรคฤหบดีกรมพระปณิธาน ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรคฤหบดีกรมพระบรมราชชนกพระบิดาแห่งการแพทย์และการสาธารณสุขไทยและสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนีพระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย ในการอุทิศพระองค์ปฏิบัติพระราชกรณียกิจด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า โดยยึดถือประโยชน์ส่วนรวมความผาสุกของประชาชนเป็นที่ตั้ง รวมทั้งเพื่อเป็นการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของนโยบายและความต้องการของประเทศจึงเป็นไปได้ง่ายขึ้น เนื่องจากการเป็นสถาบันอุดมศึกษา

เฉพาะทางที่มีพระราชบัญญัติเป็นของตนเองนั้น ทำให้วิทยาลัยพยาบาลมีความเป็นอิสระและเสรีภาพทางวิชาการ สามารถประสิทธิประสาทปริญญาและเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนที่สามารถปรับให้บัณฑิตพยาบาลได้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบริการปฐมภูมิที่มีการเปลี่ยน และเป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับยุคปัจจุบัน นั่นคือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาต้องมีสมรรถนะที่สามารถจัดการการบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี การดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในศตวรรษที่ 21 ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องมีการพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวมาจากหลายฝ่ายในส่วนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องมีการทบทวนหลักสูตร แนวการจัดการศึกษา คุณสมบัติและสมรรถนะอาจารย์ผู้สอน มีการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้นำไปใช้เพื่อให้ผลิตนักศึกษาพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 ที่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ และนอกจากนี้สามารถผลิตพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลปฐมภูมิหรือหลักสูตรที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศได้ โดยเฉพาะในยุคของการปรับเปลี่ยนทางได้สุขภาพ

สภาพปัจจุบันของสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทั้งด้านวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกในปัจจุบันสามารถผลิตหลักสูตรต่างๆ ทั้งทางด้านวิชาการ วิชาชีพ และการบริหาร เป็นจำนวนหลายหลักสูตร ในแต่ละปีผลิตบุคลากรระดับปริญญาตรี 5 หลักสูตร จำนวน 4,800 คนต่อปี ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 4 หลักสูตร รวม 670 คนต่อปี (สถาบันพระบรมราชชนก, 2560)

1. การผลิตบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลศาสตรบัณฑิต 2 หลักสูตร /พยาบาลศาสตรบัณฑิต 4,000 คน/ปีและผู้ช่วยพยาบาล 1,800 คน/ปี
2. สาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ 8 หลักสูตร ปริญญาตรี 970 คน/ปี ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 730 คน/ปี

สำหรับการพัฒนาบุคลากร เช่น หลักสูตรการบริหาร หลักสูตรพัฒนาด้านบริการสุขภาพ จำนวน 54 หลักสูตร จำนวนผู้ได้รับการพัฒนา 52,000 คน/ปี มีหลักสูตรที่มีความสอดคล้องกับบริการปฐมภูมิ เช่น ในปี 2563 สถาบันพระบรมราชชนกได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) และได้มอบหมายให้วิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ดำเนินโครงการพัฒนาทันตภิบาลเพื่อการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โครงการอบรมหลักสูตรสมรรถนะนักสาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะพบว่าหลักสูตรที่สถาบันพระบรมราชชนกผลิตขึ้น ยังไม่ครอบคลุมระบบบริการปฐมภูมิในทุกด้าน ที่สามารถนำสู่การพัฒนาบุคลากรรองรับบริการปฐมภูมิ เช่น การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สอดคล้องกับหน่วยบริการที่กำหนดให้ทุกหน่วยบริการ มีแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพต่างๆ นั้นจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกัน และสมรรถนะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของวิทยาลัยพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิในยุคการเปลี่ยนแปลง

1. ด้านการผลิตบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 จากการที่สถาบันพระบรมราชชนกมีพระราชบัญญัติเป็นมหาวิทยาลัยเฉพาะทางด้านสุขภาพ สามารถจัดการเรียนการสอน และหลักสูตรทางด้านการศึกษายาบาลได้อย่างอิสระ สถาบันสามารถอนุมัติเปิดหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพและความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจให้ปริญญา อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรชั้นหนึ่งชั้นใดแก่ผู้สำเร็จการศึกษาได้ สามารถจัดการศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของนโยบายประเทศ โดยเฉพาะนโยบายปฐมภูมิที่เป็นนโยบายสำคัญ โดยการปรับเนื้อหา กิจกรรมของหลักสูตรให้เป็นไปตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้บัณฑิตมีความพร้อมที่จะทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้เปิดหลักสูตรพยาบาลโดยการคัดเลือกบุคลากรที่มาจากชุมชนที่เรียนจบปริญญาตรีให้มาเรียนพยาบาลและให้มีสมรรถนะที่ทำงานในชุมชนได้ กลับไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ โดยไม่ต้องไปสมทบกับมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความหลากหลาย ขาดเอกภาพ และเสรีภาพทางการศึกษา การพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว ควรมาจากหลายฝ่ายในส่วนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล โดยต้องมีการทบทวนหลักสูตร แนวการจัดการศึกษา คุณสมบัติและรวมถึงสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอน มีการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้นำไปใช้ เพื่อให้ผลิตนักศึกษาพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 ที่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ จากการศึกษาผลการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า ประสบการณ์การนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างเกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่นำไปใช้ในการพัฒนาตนเอง ทีมงาน/การนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะต่างๆ และผลการพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สฤตต์เดช เจริญไชย, สุดคะนึง ฤทธิ์ถ้าย, จารุณี จันทรเพชร, โกเมนทร์ ทิวทองและมาสริน ศกุลปักษ์, 2562)

1.2 การเปิดสอนระดับปริญญาตรีที่สามารถคัดเลือกบุคลากรที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีอื่นๆ และปริญญาตรีในสาขาที่เกี่ยวข้อง เข้ามาศึกษาในสาขาพยาบาลเพื่อให้ได้บัณฑิตที่พร้อมไปสู่การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

1.3 การเปิดสอนในระดับประกาศนียบัตรในหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลที่เพิ่มขึ้นกว่าเดิมเพื่อรองรับความขาดแคลนของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ และภาคเอกชน ให้เพียงพอกับจำนวนและความต้องการในปัจจุบันและในอนาคตที่ควรจะนำผู้สำเร็จหลักสูตรนี้ไปสู่ระดับปฐมภูมิ ลงสู่ระดับชุมชน

1.4 การผลิตหลักสูตรพยาบาลให้กับกระทรวงอื่น/หน่วยงานอื่น นอกเหนือกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่มีกำลังการผลิตเพียงพอ ซึ่งปัจจุบันได้มีการผลิตพยาบาลในบางโควตาให้กับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลชลประทาน เนื่องจากเป็นความร่วมมือของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรในภาคปฏิบัติ และเมื่อรูปแบบโครงสร้างระบบสาธารณสุขเปลี่ยนไป มีการกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่นเพิ่มขึ้น การผลิตบุคลากรคงต้องเป็นไปตามความต้องการของแต่ละท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับกำลังการผลิตในแต่ละวิทยาลัย

1.5 ปัจจุบันสถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันหลักในการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เมื่อสถาบันพระบรมราชชนกมีกฎหมายรองรับแล้ว ผลที่เกิดขึ้นจะทำให้สถาบันมีความคล่องตัวในการบริหารเพิ่มขึ้น รวมถึงมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการหลักสูตรการผลิตบุคลากรเพื่อตอบสนองการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสุขภาพใน 19 สาขาวิชาชีพ ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 19 สาขาของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาขาพยาบาลที่เฉพาะทาง เช่น พยาบาลที่มีสมรรถนะเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. ด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1) ด้านการพัฒนาบุคลากร โดยการเปิดหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน เพิ่มเติมจากหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อพัฒนาพยาบาลที่มีสมรรถนะรองรับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนและทีมสหวิชาชีพ

2) การเปิดหลักสูตรระยะสั้นหรือประกาศนียบัตรชั้นหนึ่งขึ้นใดเพื่อพัฒนาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรมีความสอดคล้องกับแผนความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขและความต้องการของพื้นที่ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิและของชุมชนหรือผลิตพยาบาลเฉพาะทางด้านปฐมภูมิ

นอกจากนั้นในช่วงเริ่มต้นซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถาบันพระบรมราชชนกสามารถดำเนินจัดการศึกษาในด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรปฐมภูมิตามนโยบายที่เน้นสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

1) สถาบันพระบรมราชชนกควรเตรียมการเปลี่ยนผ่านของสถาบันทั้งในด้านการบริหารจัดการ การบริหารวิชาการ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวกับภารกิจของสถาบัน รวมไปถึงอำนาจในการบริหารงานบุคคลของสถาบันตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา/คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา/คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ดังนั้นการเตรียมการเรื่องกฎหมายลูกจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสำหรับบุคลากรในสถาบันพระบรมราชชนก ที่เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง

2) สถาบันพระบรมราชชนกควรเตรียมการให้บุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลทุกระดับได้รับรู้และเข้าใจ

อย่างรวดเร็วที่สุด เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเป็นสถาบันอุดมศึกษา เช่น การเปลี่ยนแปลงเป็นนิติบุคคล (เป็นส่วนราชการระดับกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) เป็นสถาบันอุดมศึกษา เฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับปริญญาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อให้การดำเนินการด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร ให้บุคลากรได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของสถาบันในการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ สอน วิจัย บริการวิชาการแก่สังคม และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นส่งผลต่อการพัฒนาที่หลากหลาย สร้างขวัญกำลังใจ การรับรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งการบำรุงรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพในการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพต่อไป

3) การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถที่จะไปปฏิบัติงานในบริการระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพรวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในการให้บริการวิชาการและการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลง

4) การพัฒนาหลักสูตรเพื่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ที่สอดคล้องกับบริการระดับระดับปฐมภูมิ โดยการวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่และนโยบายของชาติ

5) สร้างโมเดลพื้นที่ต้นแบบในการบริการปฐมภูมิร่วมกับพื้นที่และบูรณาการวิจัยควบคู่กับการบริการวิชาการเพื่อให้เกิดผลกับพื้นที่และประชาชน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การพัฒนาร่วมกันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษากับพื้นที่/ชุมชน/สถานบริการ

6) เสริมสร้างการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Inter Professional Education: IPE) โดยการจัดการเรียนการสอนที่ก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ที่เริ่มจากการกำหนดพื้นที่ ความเข้าใจของอาจารย์ และจัดนักศึกษาให้เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้สามารถต่อยอดจนนักศึกษาสามารถนำไปสู่การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

สรุป

วิทยาลัยพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีการสร้าง ความเข้าใจ เสริมสร้างสมรรถนะอาจารย์ เพื่อร่วมผลิตหลักสูตรพยาบาลให้กับหน่วยงานอื่นที่มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพหรือคณะพยาบาลศาสตร์ในต่างประเทศ และด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น การเปิดหลักสูตรเฉพาะทางที่มีต่อยอดเพิ่มเติมจากหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันพระบรมราชชนก (2562). พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.

2562. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับ

หน่วยบริการ. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

นงลักษณ์ พะไยยะ, บุญเรือง ขาวนวล, พุดตาน พันธูณเธร, อุดลย์ บำรุง, และธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล.

(2561). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 189-204.

บุญเรือง ขาวนวล, นงลักษณ์ พะไยยะประยูร, พงศกิตติกุล สติกรม, พงศ์พานิชวิทยา อยู่สุข และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2561). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษหน้าของ วิชาชีพสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 245-253.

ปิยะ หมายวรวงศ์ชัย และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2556). รายงานการทบทวนสถานการณ์ระบบการสร้างพัฒนาและจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 และแนวโน้มในอนาคต. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2661). การประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/uptodate/detail/9610000094821>

พงษ์ศักดิ์ นาค๊ะ, แพทย์วิภา สุวรรณพรหม และรัตนภรณ์ อาวิพันธ์. (2562). การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย, 11(1), 77-90.

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165-185.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560, 6 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. หน้า 1-90.

วนิดา ชื่นกองแก้ว. (2559). ผลิต “บัณฑิตสุขภาพ” ไม่สอดคล้องความต้องการ เร่งยกเครื่องผลิตใหม่รองรับศตวรรษ 21.

สืบค้นจาก <http://manager.co.th/Election48/ViewNews.aspx?NewsID=9590000116397>

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กฤษดา แสงดี, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, อติญาณ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยศ, ศุภินี วัฒนกุล, ดาราวรรณ รองเมือง, ศรีจันทร์ พลับจัน, สุทธนันท์ กัลป์กะ และเบญจพร รัชดาธมย์. (2560). การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2560). แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560 - 2564. นนทบุรี : กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สฤณีเดช เจริญไชย, สุตคณิง ฤทธิฤทัย, จารุณี จันทรเพชร, โกเมนทร์ ทิวทอง และมาสริน ศุกลักษ์. (2562). การศึกษาผลการดำเนินงาน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13(2), 93-102.

สฤณีเดช เจริญไชย, จารุณี จันทรเพชร, สุตคณิง ฤทธิฤทัย และโกเมนทร์ ทิวทอง. (2562). การศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัว. วารสารเกื้อการุณย์, 26(1), 121-133.

แนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพสู่การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน
: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, พย.ม*

กฤตกร หมั่นสระเกษ, พย.ม**

จงกลนี ตัญเจริญ, วบ.ม***

สุพิตราสลวัตนะกุล, ค.ด.****

Received : April 30, 2020

Revised : August 10, 2020

Accepted : September 3, 2020

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก พบแนวโน้มของอุบัติการณ์และความชุกเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะโรคไตจากเบาหวาน ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด การดื่มน้ำ การรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience)) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) เข้ามาช่วยในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ทฤษฎีดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางสุขภาพ การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ทฤษฎีความสามารถของตนเอง

*พยาบาลวิชาชีพ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อ : E-mail: nitchakan@knc.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

Change Health Behavior to Delay Degeneration of the Kidneys in Diabetic Patients by Self-Efficacy Theory

Nitchakan Wongprakob, M.S.N.^{*}

Krittakorn Munsakeat, M.S.N.^{**}

Jongkolnee Tuicharoen, M.S.N.^{***}

Supitra Selavattanakul, Ph.D.^{****}

Abstract

Chronic kidney disease is considering a significant health problem in public health worldwide. The trend of incidence and prevalence is increasing every year. Moreover, this disease can cause diabetic nephropathy, a severe complication. Kidney degeneration in patients with diabetes may be due to health behaviors such as have high-fat foods, salty foods, drinking less water, taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), smoking, and drinking alcohol. This article aims to present the modification of health behaviors to delay renal degeneration in diabetic patients. The modification change in health behaviors applied self-efficacy theory consisted of 1) enactive mastery experience, 2) vicarious experience by modeling, 3) verbal persuasion, and 4) physiological and affective states to help create healthy behavior. These behavior modifications allow patients to practice behaviors in their ways, the important goal of self-care for diabetic patients. These behavior modifications can prevent complications and will lead to quality of life.

Keywords: health behavior, delaying renal degeneration in diabetic patients, self-efficacy theory

^{*} Professional Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima; Corresponding E-mail: nitchakan@knc.ac.th

^{**} Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

^{***} Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

^{****} Senoir Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Surin

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรังและเสียชีวิตนับล้านในแต่ละปี (ธัญญา รอดสุข, 2558) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 2 ล้านถึงกว่า 9 ล้านคนสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ร้อยละ 36.3 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

พฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกันความรุนแรงของโรค เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีทั้งพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานและพฤติกรรมทั่วไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องและต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทั้งที่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ระดับน้ำตาล ดัชนีมวลกาย และการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุ เพศ และโรคที่เกิดตามวัยหรือพฤติกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้แก่ เพศ อายุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โลหิตจาง เกาต์ และโรคตับ (กมลวรรณ สาร, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยนั้นมีส่วนช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็วสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555) ได้อธิบายปัจจัยพฤติกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (Gaede, Lund-Andersen, Parving, & Pedersen, 2008) พฤติกรรม การจัดการตนเองที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมไขมันในเลือด การควบคุมอาหาร ประเภโพรตีนและเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และงดการสูบบุหรี่อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน และอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ลดลง จากการศึกษาพบว่าถึงผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติตนที่ชัดเจน แต่ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lipetz, Bussig, Bannerman, & Risley, 1990)

Bandura กล่าวถึงแนวคิดความสามารถของตนเอง โดยมุ่งเน้นไปที่ความคาดหวัง (Expectation) ของความสามารถของบุคคล (Personal Efficacy) โดยแบ่งความคาดหวังเป็น 2 ประเภทคือ ความคาดหวังต่อความสามารถของตน และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ตามมา หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกำหนดการแสดงออกหรือพฤติกรรมของตนเองเป็นการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะรู้สึกนึกคิดให้แรงบันดาลใจแก่ตนเองหรือจะมีพฤติกรรมอย่างไร บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะสามารถประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต (Bandura, 1997) จากความสำคัญที่กล่าวมา จึง

ต้องการเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอความเสื่อมของไตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกันพัฒนาการดูแลเพื่อควบคุมโรคไตเรื้อรังในผู้เป็นเบาหวานโดยมีเป้าหมายชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานของไตส่วนที่เหลือ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขภาวะที่ดีต่อไป

โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy)

โรคไตจากเบาหวานเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไตซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง เกณฑ์โดยสมาคมเบาหวานอเมริกาที่ระบุโรคไตจากเบาหวาน สามารถตรวจพบความผิดปกติ ดังนี้ (American Diabetes Association, 2017)

1. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7
2. ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท
4. การตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ หากมีการตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปริมาณ 30-299 มิลลิกรัมต่อวัน จะวินิจฉัยว่าเป็นไมโครอัลบูมินูเรีย (Microalbuminuria) แต่หากตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปัสสาวะปริมาณ 300 มิลลิกรัมต่อวันหรือมากกว่าให้ถือเป็นภาวะแมโครอัลบูมินูเรีย (Macroalbuminuria)
5. ระดับไขมัน LDL มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
6. ระดับไขมัน HDL น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชายและน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
7. ระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
8. มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิตรต่อนาทีผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางไต

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตจากเบาหวานของประเทศไทยพิจารณาจาก (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

1. คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นโรคนานเกิน 5 ปี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคควรได้รับการตรวจหาโรคไตจากเบาหวาน
2. การตรวจ Albuminuria โดยให้เก็บปัสสาวะในเวลาเช้าตรวจหา Urinary albumin creatinine ratio (Alb./Cr.) ถ้า Alb./Cr. = 30-299 มก./กรัม ควรตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้งในเวลา 3-6 เดือน
3. ประเมินค่าประมาณอัตราการกรองของไต (Estimated GFR, eGFR) โดยคำนวณจากค่าซีรัมครีเอตินิน (Serum creatinine) ทุกปีพิจารณาร่วมกับ
 - 3.1 มีปริมาณโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อกรัม ของ Serum creatinine
 - 3.2 มีปริมาณโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ อยู่ระหว่าง 30-300 มิลลิกรัมต่อกรัม ของ Serum creatinine ร่วมกับการตรวจพบโรคตาจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) หรือมีระยะการเป็นเบาหวานนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (วรังกนา พิชัยวงศ์, 2558)

กลไกการเกิดโรคไตจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรคเบาหวานเป็นผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้ระดับกลูโคสสูงขึ้นจะสร้างความเสียหายให้กับเส้นเลือดฝอยในไตเนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดที่ไต และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรง การตรวจปัสสาวะพบโปรตีนซึ่งมีปริมาณไม่มากในระยะต้น ต่อมาปริมาณโปรตีนจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จนอาจมีการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะมาก ทำให้โปรตีนในเลือดลดต่ำลงและผู้ป่วยมีอาการบวมเกิดขึ้น ในช่วงเวลานี้การทำงานของไตอาจยังดีอยู่หรือลดลงเพียงเล็กน้อย ต่อจากนั้นจากทำงานของไตจะลดลงเป็นลำดับจนเกิดภาวะไตวาย ระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่พบโปรตีนในปัสสาวะจนเกิดภาวะไตวายไม่แน่นอนเฉลี่ย 4-5 ปี การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตและภาวะไตวายในที่สุด (Tervaert, et al., 2010)

ระยะความรุนแรงการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้อยู่ในระดับปกติต่ำกว่าร้อยละ 7 เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการทำลายเนื้อไตและหลอดเลือดฝอยในไตในระยะยาว (มณีนีรัตน์ จิรปภา, 2557)

ความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมแบ่งตามลักษณะของไตอัตราการกรองของไต มีดังนี้ (Freil, et al., 2012)

ระยะ	ลักษณะของไต	อัตราการกรองของไต (ml/min)	ข้อควรปฏิบัติ
1	ไม่พบความเสียหายที่ไต อัตราการกรองปกติ	≥ 90	วินิจฉัยให้เร็วชะลอไตเสื่อมลดปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2	ไม่พบความเสียหายที่ไต อัตราการกรองลดลงเล็กน้อย	60 – 89	รักษาชะลอการเสื่อมของไต
3	อัตราการกรองลดลงอย่างเห็นได้ชัด	30 - 59	ระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อน
4	อัตราการกรองลดลงอย่างรุนแรง	15 - 29	เริ่มแนะนำเรื่องการล้างไต
5	ไตวายระยะสุดท้ายอัตราการกรองลดลงอย่างรุนแรงแนะนำให้ปลูกถ่ายไต	< 15 or dialysis	ล้างไต ตามความเหมาะสม

ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงอาหารรสเค็มจัด 2) ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) 3) ด้านการสูบบุหรี่ และ 4) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจัยด้านเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถอธิบายการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ

ก. อาหารที่มีไขมันสูง

อาหารที่มีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าระดับไขมันในเลือด โคเรสเตอรอล และไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (บัญชา สติระพจน์, 2554) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างไตรกลีเซอไรด์กับโปรตีนในปัสสาวะ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในเพศชายและเพศหญิง (Tozawa, et al., 2002) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 4,326 ราย ที่ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Dipstick 1+ หรือมากกว่า) พบว่า มี Adjusted relative risk เท่ากับ 1.007 เท่าในเพศชาย และ 1.032 เท่าในเพศหญิงเมื่อเทียบกับการศึกษาในเพศชายที่มีสุขภาพดี ปัจจัยด้านโคเรสเตอรอลมีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตผิดปกติ รวมทั้งความเสี่ยงในการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินพบว่าเท่ากับ 1.77 เท่า, โคเรสเตอรอล ≥ 240 mg./dl. เท่ากับ 1.10-2.86, HDL < 40 mg./dl. เท่ากับ 2.16 (Schaeffner, et al., 2003) และการดื่มน้ำในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง ส่งผลให้การกรองของไตลดลง (KDIGO, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำที่ดื่มกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตรต่อวัน กับกลุ่มที่ดื่มน้ำมากกว่า 4.3 ลิตรต่อวัน จะพบการเกิดโรคไตเรื้อรังเป็น 2.52 เท่า (Sontrop, et al., 2013)

ข. อาหารรสเค็มจัด

ผู้ป่วยโรคไตที่รับประทานเกลือโซเดียมมากกว่า 4.6 g./day ทำให้ระดับ GFR และโปรตีนในปัสสาวะ (Protein Urea) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Smyth, et al., 2014) จึงควรรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 mmol./day หรือ 6 g./day (KDIGO, 2013)

2) ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

การรับประทานยา NSAIDs เป็นเวลานานๆ มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากไตมีหน้าที่ขับถ่ายของเสียและสารต่างๆ ที่ร่างกายไม่ต้องการออกไป นั่นคือ โดยขับถ่ายออกมาเป็นปัสสาวะ ถ้าไตถูกทำลายให้เสียไป ความสามารถในการขับถ่ายจะเสียไปด้วย การรับประทานยา NSAIDs มากกว่า 90 วัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.37 เท่า ในขณะที่เมื่อรับประทานยา NSAIDs น้อยกว่า 90 วัน พบว่าความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น 1.28 เท่า (Tsai, et al., 2015) ขณะที่การรับประทานยา NSAIDs ในขนาดปกติ จะไม่เพิ่มความเสี่ยงในการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง แต่รับประทานสูงในขนาดสูง จะพบความเสี่ยงในการดำเนินของโรคไตเรื้อรังถึง 1.26 เท่า (Nderitu, et al., 2013) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมากขึ้นเกิดผลข้างเคียงของยาต่อไต เนื่องจากในภาวะดังกล่าวร่างกายจะสร้างสาร Angiotensin II และ norepinephrine มากขึ้น ในขณะที่สาร Prostacyclin และ Prostaglandin E2 ซึ่งมีหน้าที่ในการปรับสมดุลไม่ให้ GFR (Glomerular filtration rate) ลดลง ถูกยับยั้งการสร้างจากการได้รับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์จึงทำให้หน้าที่ของไตลดลงโดยที่ค่า Creatinine จะสูงขึ้นในวันที่ 3 ถึง 7 หลังจากได้รับยาและอาจจะรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (พรทวี เลิศศรีสถิต และสุชีลา จันทร์วิทย์านุชิต, 2563)

3) ด้านการสูบบุหรี่

สารนิโคตินในสูบบุหรี่มีผลให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง และมีการทำลายผนังหลอดเลือดเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีพองที่คอได้ลดลง เกิดการรั่วของโปรตีนอัลบูมินเข้าไปในปัสสาวะมากขึ้น และอาจพัฒนาไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (ไกรวิพร เกียรติสุนทร, 2550; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) โดยเฉพาะผู้ที่มีการสูบบุหรี่มากกว่าเท่ากับ 15 ซองต่อปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Elihimas, 2014)

4) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยจะตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น เนื่องจากไตใช้กระบวนการกรอง (Glomerular filtration) และการดูดกลับของท่อไต (Tubular reabsorption) ในการควบคุมระดับแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการซึมผ่านสูงทำให้ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในปัสสาวะและในซีรัมมีค่าที่ใกล้เคียงกัน เกิดการทำลายเซลล์โดยตรงทำให้ไตเกิดความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนจากไต รวมถึงทำให้เกิดความไม่สมดุลของระดับไอออนในร่างกายซึ่งจะทำให้กระบวนการเผาผลาญอาหารทำงานผิดปกติไป ผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรังจนส่งผลทำให้ไตทำงานลำบากมากขึ้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (ต่ำกว่า 10 กรัมต่อสัปดาห์) จะมีค่า Hazard ratios เท่ากับ 0.85 (0.69-1.04) ดื่มเล็กน้อย (10-69.9 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.82 (0.69-0.98) ดื่มปานกลาง (70-210 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.71 (0.58-0.88) และดื่มอย่างหนัก (มากกว่า 210 กรัมต่อสัปดาห์) เท่ากับ 0.60 (0.42-0.86) (Koning, Gansevoort, Mukamal, Rimm, & Stephan, 2015)

จากปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในด้านการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด ด้านการรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้เกิดการชะลอการเสื่อมของไตด้วยความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการและดำเนินการเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมประสบความสำเร็จ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจากเบาหวาน

การสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการนำแนวคิดหลายด้านมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe model) การกำกับตนเอง (Self-regulation) แรงจูงใจการป้องกันโรค (Protection motivation) และแนวคิดความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ที่ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนวคิดเริ่มจากการสร้างความสามารถให้ตัวบุคคลให้สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจและเหมาะสม อาจเป็นการให้ความรู้ส่งเสริมทักษะปฏิบัติ

Bandura ได้กล่าวว่าแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเองเกิดจากการสร้างแรงจูงใจให้เห็นศักยภาพในตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactivemasteryexperience) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้

ความสามารถตนเอง ที่เป็นประสบการณ์โดยตรง จำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมกับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) บุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้คือการใช้คำพูดชักจูงร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จคู่กันไปด้วย 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของบุคคลนั้นทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดีบุคคลจะคาดหวังกับความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลงได้ (Bandura, 1997)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการเฝ้าติดตาม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมหelpช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมภาวะไตเสื่อม และส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นในทุกด้าน โดยใช้แนวทางการปรับพฤติกรรม 1) ชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ก่อนเริ่มการเข้ากิจกรรม ควรชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองก่อน เช่น การเล่าประสบการณ์ที่ตนเองภาคภูมิใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) เริ่มด้วยวิธีการให้ได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) โดยผู้ป่วยชมสื่อวีดิทัศน์ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้ป่วยต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและมีสุขภาพดี (Modeling) เล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตน เพื่อแสดงให้เห็นผู้ป่วยเห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยอื่นเน้นการชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะไตเสื่อม 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยพยาบาลปฏิบัติตนเป็นผู้ให้คำแนะนำและคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน หลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้และกลับบ้าน พยาบาลเป็นที่ปรึกษาปัญหาโดยโทรศัพท์ในเวลาราชการ ถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตนเน้นการชื่นชม และให้กำลังใจในการดูแลตนเอง 4) การดูแลด้านสภาวะร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ด้วยการประเมินผลจากการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนให้คำปรึกษาเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา หากแก้ไขได้ตรงจุดและถูกต้องก็ต้องส่งเสริมด้วยคำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ รับฟังผู้ป่วย และแนะนำให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (ปริยากร วังศร, วินัส ลิฬหกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2560)

ดังนั้นจะเห็นว่า ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ ในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ทั้งในด้านการศึกษาหรือด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P < .001$) ส่วนค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมพงษ์ หามวงษ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2556) และจากการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนักและน้ำตาลในเลือดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างของ น้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทิพย์สุตา แสนดี, 2559)

การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้ระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7.0 หรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะสามารถลดการเกิดภาวะขนาดไต, อัตราการองและการขับอัลบูมินในปัสสาวะได้ นอกจากนี้พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานได้ทุกระยะของการดำเนินของโรค (บัญชา สติระพจน์, 2554) และในระยะที่ตรวจพบ Albuminuria 30-299 มิลลิกรัมต่อกรัม Creatinine หรือระยะ Microalbuminuria พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับหรือใกล้เคียงค่าปกติเท่าที่สามารถทำได้จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตหรือลดปริมาณ Albuminuria หรือกลับสู่ภาวะปกติได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

สรุป

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีความสามารถที่จะเลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura4 องค์ประกอบคือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องพร้อมกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ สาระ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในโรงพยาบาล ตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย, คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพและการศึกษาในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ไกรวิพร เกียรติสุนทร. (2550). เราจะลดความเสี่ยงของโรคไตจากเบาหวานได้อย่างไร. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, 21(42), 77-81.

- ทิพย์สุดา แสนดี. (2559). ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธัญญา รอดสุข, อรรพรรณ บำรุง และอรนงค์ คงเรือง. (2558). เอกสารวิชาการเรื่อง ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2557. กรุงเทพฯ : สำนักงานควบคุมโรคที่ 1.
- ปัญญา สติระพจน์. (2554). Diagnosis and Management of Diabetic Nephropathy. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(1), 53-63.
- ปรียากร วังศร, วินัส ลิทธิกุลและทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 10(2), 98-110.
- พรทวี เลิศศรีสถิต และสุชีลา จันทรวิธานุชิต. (2563). ยาด้านอวัยวะชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/NSAIDS.pdf>
- มณีนรัตน์ จิรปภา. (2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(2), 5-16.
- วรางคณา พิชัยวงศ์. (2558). โรคไตจากเบาหวาน. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 19-24.
- สมพงษ์ หามวงษ์, และพรณี ปัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอนองกุงศรีจังหวัดกาฬสินธุ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(4), 451-460.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พ.ศ.2555. สืบค้นจาก http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/kidney/knowledge/manual1.pdf
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : รมเย็น มีเดีย.
- American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40, 11-24.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1977). Self - efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Elihimas, Jr.U.F. (2014). Smoking as risk factor for chronic kidney disease. *Journal Brasileiro de Nefrologia*, 36(4), 519-528.

- Freil, A., Herzog, S., Woitzek, K., Held, U., Senn, O., Rosemann, T., & Chmie, C. (2012). Characteristics of poorly controlled Type 2 diabetes patients in Swiss primary care. *Cardiovascular Diabetology*, 12, 1–9.
- Gaede, P., Lund-Andersen, H., Parving, H.H., & Pederson, O. (2008). Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*; 358(6), 580–591.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes. (2013). KDIGO clinical practice guideline for the management of blood. Pressure in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 2(5), 337-414.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, 1-226.
- Koning, S.H., Gansevoort, R.T., Mukamal, K.J., Rimm, E.B., & Stephan, J. L. (2015). Alcohol consumption is inversely associated with the risk of developing chronic kidney disease. *Kidney International*, 87(5), 1009-1016.
- Lipetz, M., Bussig, M., Bannerman, J. & Risley, B. (1990). What is wrong with patient education programs. *Nursing Outlook*, 36, 184-89.
- Nderitu, P., Doos, L., Jones, P. W., Davies, S. J., & Kadam, U. T. (2013). Non-steroidal antiinflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. *Family Practice*, 30(3), 247-255.
- Schaeffner, E. S., Kurth, T., Curhan, G. C., Glynn, R. J., Rexrode, K. M., Baigent, C., Buring, J. E., & Gaziano, J. M. (2003). Cholesterol and the risk of renal dysfunction in apparently healthy men. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(8), 2084-2091.
- Smyth, A., O'Donnell, M. J., Yusuf, S., Clase, C.M., Teo, K. K., Canavan, M., Reddan, D. N., & Mann, J. F. (2014). Sodium intake and renal outcomes: A systematic review. *American Journal of Hypertension*, 27(10), 1277-1284.
- Sontrop, J. M., Dixon, S. N., Garg, A. X., Buendia-Jimenez, I., Dohein, O., Huang, S. H., & Clark, W. F. (2013). Association between water intake, chronic kidney disease, and cardiovascular disease: A cross-sectional analysis of NHANES data. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(5), 434-442.
- Tervaert, T. W. C., Mooyaart, A. L., Amann, K., Cohen, A. H., Cook, H. T., Drachenberg, C. B., Ferrario, F., Fogo, A. B., Haas, M., Heer, E., Joh, K., Noël, L. H., Radhakrishnan, J., Seshan, S. V., Bajema, I. M., Bruijn, J. A. (2010). Pathologic classification of diabetic nephropathy. *Journal of the American Society of Nephrology*, April; 21(4), 556-563.

- Tozawa, M., Iseki, K., Iseki, C., Oshiro, S., Ikemiya, Y., & Takishita, S. (2002). Triglyceride, but not total cholesterol or low-density lipoprotein cholesterol levels, predict development of proteinuria. *Kidney International*, 62(5), 1743-1749.
- Tsai, H.J., Hsu, Y.H., Huang, Y.W., Chang, Y.K., Liu, J.S., & Hsu, C.C. (2015). Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of chronic kidney disease in people with Type 2 diabetes mellitus, a nationwide longitudinal cohort study. *Diabetic Medicine Journal*, 32(3), 382-390.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสาร ราย 6 เดือน 2 ฉบับต่อปีขึ้นดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัย 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 เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการสำรวจวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ส่วนนำหรือบทนำ (การนำความที่แสดงเหตุผลหรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์) ส่วนเนื้อหา ส่วนสรุป และเอกสารอ้างอิง

2. รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

2.1 รูปแบบการเขียนบทความวิจัย ให้เรียงหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

ชื่อผู้เขียน (Author) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และคุณวุฒิทางการศึกษาของผู้เขียน เรียงลำดับตามความมากน้อยของการมีส่วนร่วมในการทำงาน และลงอักษรย่อของคุณวุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนตำแหน่งหรือยศ และสถานที่ทำงานพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

บทคัดย่อ (Abstract)

ภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยย่อเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ และมีส่วนร่วมประกอบคือวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

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 เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

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

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) อภิปรายและอ้างอิงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในส่วนใด และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรบอกข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้และระมัดระวังการเขียนรายละเอียดหรือแสดงความหมายของข้อมูลซ้ำกับส่วนของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เขียนบอกให้ทราบว่านำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่เป็นข้อจำกัด หรือที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการศึกษา/วิจัยต่อไป

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

2.2 รูปแบบการเขียนบทความวิชาการ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาไทย

บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาอังกฤษ

เนื้อหาบทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป เอกสารอ้างอิง

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การลงเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (American Psychological Association) ระบุเฉพาะรายการที่ถูกอ้างอิงในเนื้อหาของบทความเท่านั้น โดยให้เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงมีดังนี้

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิง

1) ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552, หน้า 20)

.....(McCargo, 2002, pp.102-105)

2) ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาตินอกวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

3) ผู้แต่ง 3 – 5 คน การอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และให้ใส่คำว่า “และ” ก่อนใส่ชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย ส่วนชาวต่างชาติให้ใส่คำว่า “and” เมื่อใส่ผู้แต่งนอกวงเล็บ และให้ใส่เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งในวงเล็บ เช่น นรากร สาริห์, พิชัย กันทะชัย, ปรัชญา แก้วแก่น และยุทธนา จันทะชิน (2562).....

..... (Pratkanis, Breckler, Mark, & Greenwald, 1989, pp. 23-25)

ในการอ้างอิงซ้ำ สำหรับครั้งแรกของแต่ละย่อหน้าให้ใส่เฉพาะผู้แต่งคนแรก และตามด้วยคำว่า “และคนอื่นๆ” ส่วนผู้แต่งชาวต่างชาติให้ใส่คำว่า “et al.” ต่อด้วยปีพิมพ์ และเลขหน้าตามลำดับ เช่น

.....นรากร สารีเหล็ก และคนอื่นๆ (2562).....

..... (Pratkanis, et al., 1989, pp. 23-25)

4) ผู้แต่ง 6 คน หรือมากกว่า ในการอ้างอิงครั้งแรกและครั้งต่อไป ให้ใส่เฉพาะผู้แต่งคนแรก และคำว่า “และคนอื่นๆ” ส่วนชาวต่างชาติให้ใส่ชื่อสกุลและตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น

พรพิมล ชัยสา และคนอื่นๆ (2560) ได้แสดงให้เห็น.....

Cole et al. (2013, p.36).....

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 ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), 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.สพ).

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 บอร์โทโคทและรัสตอมจิ, เอ็มเค.(2536). การบริหารยุคใหม่. แปลจาก Realities In management. (เร็กซ์คัลดี ปานเจริญ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

3.2.4 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). ชื่อวิทยานิพนธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ) ชื่อสาขาวิชา, สังกัดของสาขาวิชา, มหาวิทยาลัย. ถ้านำมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใส่หมายเลขฐานข้อมูลไว้ท้ายสุด

เช่น

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรบัณฑิตวิทยาลัย, 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 ถ้ามี). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3.2.6 บทความวารสาร

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

เช่น

อารุงจันทวานิช. (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 New York Times*, A18

3.2.8 อินเทอร์เน็ตหรือเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปีพิมพ์). *ชื่อเรื่องหรือชื่อบทความจากอินเทอร์เน็ต*. สืบค้นจาก URL หรือตำแหน่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต

เช่น

อัคริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สืบค้นจาก <http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

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 การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

4.3 ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ส่งจ่าย ปณ.จุมพล 32001 ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ส่งรายละเอียดหลักฐานการชำระค่าตีพิมพ์ทางไปรษณีย์ถึง

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

- 1) อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ E-mail : howharn@gmail.com
- 2) อาจารย์สาคร สอนดี E-mail : sakorn.son1@gmail.com
- 3) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail : journalrachawadee@gmail.com
- 4) Submission Online ได้ที่ : <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 ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>

ใบส่งบทความตีพิมพ์ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ฐานันต์ค่าตีพิมพ์บทความ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการติดต่อ/สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

เผยแพร่ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน Digital File ในระบบวารสาร พร้อมทั้งส่งฐานันต์ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือ เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินดี
ปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของ
วารสารต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422

โทรสาร 0-4451-1737

E-mail:journalrachawadee@gmail.com

ฐานันต์ค่าตีพิมพ์บทความ

กรมการบัญชีการส่งจ่ายที่ ปณ.จุมพล 32001

ในนาม บรรณาธิการราชวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



เอกลักษณ์สถาบัน

“สร้างคนจากชุมชน เพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน”

อัตลักษณ์บัณฑิต

“การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”